



Dato 11. juli 2014  
Saksnr.: 201406168-2  
Saksbehandler Dagfinn Haarr

**Saksgang**  
Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

**Møtedato**  
26.08.2014  
03.09.2014

## HØRING: FRITT BEHANDLINGSVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

### Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en utvidelse av dagens system med fritt sykehusvalg og innkjøp av private spesialisthelsetjenester etter anbud. Det nye tiltaket kalles *fritt behandlingsvalg* og skal leveres av private tilbydere uten anbud til en pris som fastsettes av Staten. Leverandørene av fritt behandlingsvalg kan samtidig ha avtaler om å levere spesialisthelsetjenester etter anbud. Departementet foreslår i tillegg å oppheve aktivitetstaket som offentlige sykehus har hatt på sin virksomhet. Det skal også legges opp til økt bruk av innkjøp av spesialisthelsetjenester ved anbud. Målsettingen er å redusere helsekøene, å stimulere de offentlige sykehusene til større effektivitet og å gi pasientene større valgmuligheter for hvor de ønsker å motta utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Eventuelle konsekvenser for kommunenes helse- og omsorgstjenester er ikke diskutert i høringsnotatet.

Henvisninger av pasienter til spesialisthelsetjenesten skal vurderes av den offentlige helsetjenesten. Når pasienten er gitt rett til helsehjelp, skal hun få en frist for undersøkelse eller behandling i et offentlig sykehus. Dersom hun ønsker det, kan hun benytte systemet med fritt sykehusvalg eller fritt behandlingsvalg isteden. Informasjon til pasientene om fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg skal gis gjennom samme nettportal. Det forutsettes at fastlegene gir nødvendig informasjon om tilbudene.

Forslaget skiller ikke mellom utredning/diagnostisering og behandling. De privatpraktiserende lege- og psykologspesialistene skal ikke omfattes av systemet. Disse utfører i dag 28 % av alle polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten.

Departementet legger opp til en gradvis innfasing av fritt behandlingsvalg. I 2015 skal tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykiatrisk helsetjeneste, samt noen utvalgte deler av somatisk helsetjeneste inkluderes i ordningen.

I høringsdokumentet er det spesielt spurt om hvorledes individuell plan (IP) kan integreres i et system med fritt behandlingsvalg. IP skal benyttes der pasientene har behov for flere tjenester som trenger koordinering og samarbeid. Dette er særlig aktuelt innen rusbehandling, psykiske lidelser og habilitering/rehabilitering, og IP er særlig viktig der kommunen er tungt inne med tjenester og må følge pasientene også under innleggelse i spesialisthelsetjenestens institusjoner. En IP er pasientens «eiendom» og skal følge pasienten gjennom de ulike fasene av et behandlings- og rehabiliteringsløp. Dersom det ikke

legges opp til at institusjonene skal delta aktivt i utarbeidelse og bruk av IP, kan dette medføre uheldige brudd i behandlingsskjeden.

### **Vurdering**

Internasjonalt er det et økende fokus på «venstreforskyvning», altså satsing på forebygging og tidlig intervensjon, noe som stort sett er et kommunalt ansvar. Tilsvarende er det en økende bekymring for overdiagnostikk og overbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke ufarlig for pasientene og kan medføre økt medikalisering av hverdagsplager.

En aldrende befolkning fører til at flere pasienter lider av flere ulike sykdommer og plager på samme tid. Den diagnosespesifikke «silo-organiseringen» av spesialisthelsetjenesten vi har i dag, er ikke tilpasset dette nye sykdomspanoramaet.

I Norge er Samhandlingsreformen et utslag av disse trendene. Det foregår en gradvis oppgaveforskyvning til kommunene, uten at det alltid følger midler med. De nye oppgavene krever flere kompetente helse- og omsorgsarbeidere i kommunene, og vi konkurrerer med både private institusjoner og den offentlige spesialisthelsetjenesten om de beste fagfolkene. Forslagene fra departementet innebærer totalt sett en økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Fritt behandlingsvalg egner seg best for enklere tilstander og pasienter med bare en sykdom. Samlet vil forslagene i høringsdokumentet ikke bidra til å motvirke trendene som er nevnt ovenfor.

Forslaget forutsetter at spesialisthelsetjenestens vurdering av behandlingsbehov er objektiv og uavhengig, og at alle pasienter som er vurdert til å ha rett på behandling, skal ha dette. Dette er en sviktende forutsetning: Det er vist at det både nasjonalt og internasjonalt er store ulikheter i forbruk av spesialisthelsetjenester. Forbruket av spesialisthelsetjenester i befolkningen er omvendt proporsjonalt med avstanden til stedet tjenesten leveres. Fritt behandlingsvalg vil trolig forsterke forskjellene i forbruk av helsetjenester. De fleste aktuelle leverandører er plassert i befolkningstette strøk.

Kommunene har økende problemer med å gi «fjerdelinjepasienter» et godt tilbud. Dette er alvorlig syke pasienter, gjerne med kombinasjoner av rus og psykiske lidelser som burde vært et klart ansvar for andre- og tredjelinjen i spesialisthelsetjenesten, men der kommunene opplever å stå alene fordi pasientene ikke «passer inn» i spesialisthelsetjenesten. Forslaget om fritt behandlingsvalg er ikke tilpasset denne pasientgruppen.

### **Konsekvenser for pasientene:**

- Pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser kan få enda flere aktører å forholde seg til.
- De yngste og friskeste/enkleste pasientene har de største mulighetene til å gjøre seg nytte av valgmulighetene. Det vil gi en skjevprioritering. Dette er tydelig innen somatisk spesialisthelsetjeneste hvor valgtilbudet har vært reelt i flere år.
- Ingen av aktørene har felles journalsystemer, og høringsnotatet er lite konkret på hvorledes informasjonsflyten skal sikres.
- Mange pasienter har behov for oppfølging over år og har krav på en langvarig og forutsigbart tilbud. Hvis disse skal ha nytte av fritt behandlingsvalg, forutsetter dette langsiktige og forpliktende avtaler med leverandører.
- Forebyggende tiltak blir ikke prioritert ved en slik løsning, satsningen på behandling og dermed en «høyreforskyvning» forsterkes.
- Det er uklarthet om hvem som har ansvaret ved komplikasjoner og behov for oppfølging etter innleggelse i institusjoner som er med i *fritt behandlingsvalg*.
- Unødvendig sykeliggjøring, overdiagnostikk og overbehandling kan være farlig og uheldig for pasientene.

### **Konsekvenser for kommunene:**

- Enda større vanskeligheter med å rekruttere kompetent personale. Det er allerede store utfordringer å få tak i psykologer, sykehjemsleger og leger til å dekke kommunalt akutt døgnopphold.
- Fragmenterte tjenester i spesialisthelsetjenestene gir større belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunehelsetjenesten får flere aktører å forholde seg til når det gjelder de pasientgruppene der det er størst utfordringer med ansvarsforhold og tett samhandling over tid.
- Fastleger og andre må bruke mer ressurser på å veilede pasientene inn i spesialisthelsetjenesten, noe som medfører tid til administrasjon på bekostning av tid til reell helsehjelp.
- Økte utgifter til spesialisthelsetjenester vil kunne gå på bekostning av en helt nødvendig utbygging av kvalitet, kompetanse og volum i kommunale tjenester.
- Redusert fokus på forebyggende tiltak ved at kommunene ikke får tilstrekkelig midler og personell til forebyggingstiltak.

### **Forslag til vedtak**

1. Kristiansand kommune mener at en utvidelse av pasientens valgfrihet gjennom innføring av fritt behandlingsvalg kan få negative konsekvenser.
2. Dersom fritt behandlingsvalg skal gjelde også pasienter med sammensatte behov, er det en forutsetning at deltakelse i arbeid med individuell plan blir nedfelt i avtalene med leverandørene.
3. Kristiansand kommune ser med bekymring at forslaget samlet medfører økt aktivitet og økte utgifter i spesialisthelsetjenesten, noe som kan medføre at kommunene får enda større problemer med å rekruttere kompetent helsepersonell og oppfylle sine oppgaver innen forebygging og behandling/rehabilitering.

Tor Sommerseth  
Rådmann

Wenche Pedersen Dehli  
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:  
Høringsnotat Fritt behandlingsvalg

## Bakgrunn for saken

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høring et forslag om å utvide pasientenes frihet til å velge utrednings- eller behandlingsplass innen spesialisthelsetjenesten ved å innføre et system som kalles «fritt behandlingsvalg». Dette skal gjelde alle tre deler av spesialisthelsetjenesten, både somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fritt behandlingsvalg kommer i tillegg til dagens ordninger, som er:

- Fritt sykehusvalg innen det offentlige sykehusvesenet.
- Helseforetakenes innkjøp av private spesialisthelsetjenester gjennom anbud, som også inngår i systemet med fritt sykehusvalg.
- HELFO (NAV/trygdevesenet) sine innkjøp av behandlingssplasser dersom en pasient ikke er kommet i behandling innen den fristen som er satt av offentlig sykehus.
- NAV sin finansiering av «Raskere tilbake», raskere helsehjelp til de som er i et arbeidsforhold.

Institusjoner som vil delta i fritt behandlingsvalg, skal inngå avtaler med det offentlige. Prisen skal fastsettes av Staten. Prisnivået skal holdes så lavt som mulig, i dokumentet foreslås det å ta utgangspunkt i laveste anbud på tilsvarende tjenester og legge prisen for fritt behandlingsvalg litt under dette. Det blir mulig for samme institusjon å levere tjenester både innen anbudsordningen og ordningen med fritt behandlingsvalg. Anbudsordningen gir kontroll med volumet på helsetjenester som kjøpes av private. Det blir derimot ikke noe øvre tak på hvor stor aktivitet den enkelte leverandør kan ha innen ordningen med fritt behandlingsvalg. Privatpraktiserende lege- og psykologspesialister og diakonale sykehus skal ikke inngå i ordningen.

I dag har offentlige sykehus en begrensning på hvor stor aktivitet de kan ha i løpet av året. Dette ble innført for å få kontroll med betydelige underskudd ved helseforetakene. Departementet varsler at man vil fjerne aktivitetstaket. Man gir også signal om at det er ønskelig at helseforetakene øker innkjøp av private helsetjenester gjennom bruk av anbud.

Departementet foreslår at henvisningene til spesialisthelsetjeneste skal sendes til helseforetaket (det offentlige sykehuset) og vurderes der innen ti virkedager. Deretter skal pasienten tilskrives med angivelse av en siste frist for at utredning eller behandling skal iverksettes. Pasienten kan så bruke dette dokumentet til å kontakte en institusjon som inngår i systemet med fritt behandlingsvalg, dersom hun ikke ønsker å bli utredet eller behandlet innen det offentlige sykehusvesenet eller institusjoner som har avtale gjennom anbud.

Informasjon om fritt behandlingsvalg skal ligge i samme nettbaserte system som fritt sykehusvalg. Fastlegen må sørge for nødvendig informasjon.

Departementet angir følgende formål for tiltakene:

- Gi pasientene større valgfrihet for hvor de ønsker å motta utredning eller behandling
- Gi de offentlige sykehusene større grad av konkurranse
- Gi kortere ventelister og færre fristbrudd i spesialisthelsetjenesten
- Demme opp for helprivate helsetilbud

Fra 2015 skal ordningen med fritt behandlingsvalg innføres gradvis, først innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, deretter innen utvalgte områder innen somatisk medisin.

Mye er ikke avklart i høringsdokumentet, blant annet hvor stort omfang ordningen med fritt behandlingsvalg vil få, hvor store administrasjonskostnadene blir, hvorledes avtalene skal utformes, hvorledes forskriften blir seende ut, hvordan man skal få til forsvarlig utveksling av pasientopplysninger. Eventuelle konsekvenser for kommunenes helse- og omsorgstjenester og fordeling mellom tjenestenivåene innenfor rammene av et samlet helsebudsjett er ikke behandlet i det hele tatt.

Departementet ber spesielt om tilbakemelding på hvorledes individuell plan (IP) kan håndteres av institusjoner som deltar i fritt behandlingsvalg. IP er nå etablert både lovmessig og i praksis som en helt sentral del av det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter som har behov for langvarige tjenester fra flere instanser. IP er pasientens verktøy og «eiendom» og skal bidra til gode og sammenhengende tjenester. Spesielt innen rus, psykiatri, habilitering og rehabilitering er IP et viktig verktøy. Det er også nyttig å bruke IP som en del av samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. For kommunene er det derfor helt nødvendig at det nedfelles i avtalene med disse leverandørene at de følger opp bruken av IP slik det gjøres i de øvrige delene av spesialisthelsetjenesten.

## Diskusjon

I det følgende fokuserer vi først og fremst på hvilke konsekvenser forslagene i høringsnotatet vil kunne ha for pasientene og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Innføring av *fritt behandlingsvalg* vil isolert sett ikke bety store endringer i spesialisthelsetjenestens tilbud. Fritt sykehusvalg har man allerede hatt i mange år, og innføringen av behandlingsfrister og HELFO sine innkjøp av behandlingsplasser ved fristbrudd bidrar også til å sikre pasientenes rettigheter og valgfrihet. Men fjerningen av aktivitetstak i helseforetakene, ingen begrensning på produksjonen innen *fritt behandlingsvalg* og intensjonen om økt innkjøp av tjenester via anbud, vil til sammen bety økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og dermed behov for mer penger og mer personell.

Det ligger en forutsetning i forslaget om at tjenestene i spesialisthelsetjenesten er nødvendige og at tildelingen skjer på objektive, medisinske premisser. Mye forskning viser at denne forutsetningen ikke holder. Spesialisthelsetjenestens tjenester kan i følge John Weinberg deles i tre kategorier:

- nødvendige tjenester (enighet om nødvendigheten av tjenesten),
- preferansesensitive tjenester (flere mulige handlingsvalg for utførelse av tjenesten)
- tilbudssensitive tjenester (der markedsmekanismer i stor grad styrer forbruk).

Sistnevnte kategori står for 60 % av forbruket av spesialisthelsetjenester. Olav Helge Førde har vist at dette også gjelder for norske sykehus og kommuner. Fritt behandlingsvalg vil forsterke ressurstilgang til tilbudssensitive tjenester der forholdet mellom kostnad og nytte ikke er gunstig.

Det er en stadig økende bekymring både i Europa og USA over farene ved overdiagnostisering og overbehandling. Det er også i Norge store og uforklarlige forskjeller mellom frekvensen av en rekke kirurgiske inngrep, selv i naboregioner. Unødvendig diagnostisering og behandling representerer en reell helsefare for pasientene. Inngrepene har en viss risiko for komplikasjoner, men også unødvendig bekymring og engstelse hos pasientene kan i seg selv være sykdomsfremkallende. Det blir for en stor grad førstelinjetjenesten i kommunene som må «rydde opp» i slike situasjoner.

*Fritt behandlingsvalg* vil fungere best ved behandling av enkle lidelser hos pasienter som ikke har for mange kompliserende faktorer. Dagens ordning med fritt sykehusvalg og kjøp av private helsetjenester fungerer også slik. Det vil favorisere personer som har ressurser til å sette seg inn i systemet og som har evne og vilje til å kreve fritt behandlingsvalg. Det er en fare for en sosial skjevfordeling, som kan forsterkes hos pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, der mange har store problemer med å finne ut i de offentlige systemene. Dersom dette skal motvirkes, må mindre ressurssterke pasienter få hjelp til å bruke systemet. Dette er en oppgave som kommunen vil måtte ta seg av. Fastlegene blir viktige, men innen rus og psykiatri vil kommunale oppfølgingstjenester også bli involvert i å skaffe pasientene det rette tilbudet. Dette vil kreve ressurser fra kommunen.

Innenfor rus og psykiatri, men også innenfor somatisk medisin, blir bildet mer og mer preget av pasienter som lider av mer enn en sykdom, og der det kreves et tett tverrfaglig samarbeid

hvor kommunene må være med under hele behandlingsforløpet. Det foregår i tillegg en gradvis oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, både i medhold av avtaler i Samhandlingsreformen, men også i stor grad uten formelle avtaler eller vedtak, og ofte uten at det følger penger med. Kommunene skal også ivareta «venstreforskyvningen» i Samhandlingsreformen, altså en økt satsning på forebyggelse, tidlig intervensjon, hverdagsrehabilitering, tidlig psykisk helsehjelp etc. *Fritt behandlingsvalg* vil ikke bidra til å gi et bedre tilbud til pasientene med sammensatte lidelser og behov for flere tjenester.

Begrepet «fjerdelinjetjeneste» blir brukt for å beskrive en gruppe tungt lidende pasienter som ikke «passer inn» i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene har ofte en kombinasjon av rusproblemer og psykisk sykdom. Kommunene må forsøke å gi disse pasientene en forsvarlig helse- og sosialtjeneste, og det har vist seg vanskelig å få den nødvendige støtte fra spesialisthelsetjenesten i håndteringen av disse pasientene. *Fritt behandlingsvalg* vil ikke ha noen positiv effekt på samarbeidet rundt «fjerdelinjepasientene».

En aktivitetsøkning i spesialisthelsetjenesten vil medføre økte utgifter, også til administrasjon. Ved at man fjerner aktivitetstaket for helseforetakene og legger opp til ubegrenset bruk av *fritt behandlingsvalg*, blir denne utgiftsøkningen vanskelig å styre. Dette kan gå på bekostning av midler til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette kan medføre at det blir mindre midler til rådighet for å gjennomføre de overordnede prinsippene i samhandlingsreformen.

Kommunene har behov for å knytte til seg helse- og omsorgspersonell for å klare alle oppgaver på en forsvarlig måte. Kommunene, spesialisthelsetjenesten og private institusjoner konkurrerer i stor grad om det samme personellet, som leger, psykologer og sykepleiere. Enhver ekstra økt aktivitet og kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil gjøre det enda vanskeligere å rekruttere kompetent helse- og omsorgspersonell til kommunene.

Det er derfor viktig å følge utviklingen etter innføring av fritt behandlingsvalg tett for å dokumentere eventuelle vridningseffekter som er skissert overfor.



## SAKSPROTOKOLL

Arkivsak-dok. 201406168  
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Helse- og sosialstyret	26.08.2014	35/14
2 Formannskapet	10.09.2014	87/14

## HØRING - FRITT BEHANDLINGSVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

### FORMANNSKAPET 10.09.2014 SAK 87/14

#### Vedtak:

1. Kristiansand kommune mener at en utvidelse av pasientens valgfrihet gjennom innføring av fritt behandlingsvalg kan få negative konsekvenser.  
(9/4)
2. Dersom fritt behandlingsvalg skal gjelde også pasienter med sammensatte behov, er det en forutsetning at deltakelse i arbeid med individuell plan blir nedfelt i avtalene med leverandørene.  
(Enst.)
3. Kristiansand kommune ser med bekymring at forslaget samlet medfører økt aktivitet og økte utgifter i spesialisthelsetjenesten, noe som kan medføre at kommunene får enda større problemer med å rekruttere kompetent helsepersonell og oppfylle sine oppgaver innen forebygging og behandling/rehabilitering.  
(Enst.)

#### Forslag:

FRP fremmet følgende forslag:

«Pkt. 1 endres til:

Kristiansand kommune mener at en utvidelse av pasientens valgfrihet gjennom innføring av fritt behandlingsvalg er positivt.»

#### Votering:

Ved alternativ votering ble helse- og sosialstyrets innstilling pkt. 1 vedtatt med 9 stemmer, mens 4 stemte for FRPs forslag (H/FRP).

Helse- og sosialstyrets innstilling pkt. 2 ble enstemmig vedtatt.

Helse- og sosialstyrets innstilling pkt. 3 ble enstemmig vedtatt.

RETT UTSKRIFT:

10.09.2014