



Styresak 72-2014

Høringsuttalelse - Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Saksbehandler:
Trude Grønlund

Saksnr.:
2014/1509

Dato:
11.09.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Høringsnotat fra HOD

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut forslag om innføring av fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten på høring. Høringsnotatet er i sin helhet lagt ved saksutredningen. Bakgrunnen for forslaget er å finne i regjeringserklæringen, hvor det står: ”Regjeringen vil innføre fritt behandlingsvalg. Ordningen innføres først for rus og psykisk helsevern og evalueres, jf. samarbeidsavtalen.” Høringsfrist er 16.september 2014.

Regjeringen mener at mange pasienter som har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp venter unødvendig lenge på å motta helsehjelp, samtidig som det kan være ledig kapasitet hos private aktører. Private helseforsikringer og privatfinansierte helsetjenester øker i omfang. Regjeringen ønsker ikke en utvikling mot en todelt helsetjeneste, der noen selv betaler for helsehjelpen fordi de opplever at den offentlige helsetjenesten ikke leverer raskt nok. En slik utvikling kan over tid undergrave oppslutningen om den offentlige helsetjenesten. Regjeringen mener at økt konkurranse, gjennom etablering av fritt behandlingsvalg, vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. På denne måten mener de å sikre at de offentlige sykehusene fortsatt er bærebjelken i et offentlig finansiert system der de sykeste får behandling først. 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.

2. Bakgrunn.

Høringsnotatet gir en nærmere beskrivelse av hva en ordning med fritt behandlingsvalg er tenkt å være, både for pasientene og for virksomhetene som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen. Høringsnotatet inneholder forslag til to nye lovbestemmelser. Den ene i pasient- og brukerrettighetsloven, for å lovfeste pasientenes rett til å velge å motta helsehjelp hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Den andre i spesialisthelsetjenesteloven for å få en hjemmel til å gi forskrift om nærmere regulering av ordningen med fritt behandlingsvalg, inkludert krav som skal kunne stilles til virksomheter som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

Fritt behandlingsvalg innebærer en utvidelse av pasientenes rett til å velge behandler og gir private økte muligheter til å tilby sine helsetjenester. Virksomheter som blir godkjent for å levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, skal kunne levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Dette vil gi pasientene økt valgfrihet og vil mobilisere kapasitet hos private leverandører. Denne

måten å organisere tjenesteleveranser på har samtidig noen begrensninger sammenlignet med de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra private gjennom anbudskonkurranser og påfølgende avtaleinngåelse. Anskaffelse gjennom konkurranse anses i tillegg å være den mest effektive måten å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å tilby. Departementet er opptatt av at fritt behandlingsvalg skal støtte opp under målet om kostnadseffektive anskaffelser og ikke innrettes slik at avtaleinstituttet svekkes. Kraften i markedsmekanismen skal utnyttes, men styres i en retning som gir best mulig måloppnåelse. Departementet mener dette er viktig for å sikre både legitimitet og kostnadseffektivitet.

Parallelt med forberedelsene til å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg vil departementet be de regionale helseforetakene utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud.

Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i fremtiden være gjennom anbud og særskilte avtaler. Etter departementets vurdering har imidlertid RHFene i de to siste stortingsperiodene ikke i tilstrekkelig grad utnyttet mulighetene for å bruke de private på denne måten, i stor grad som følge av styringssignaler fra eier.

Den viktigste effekten av å innføre fritt behandlingsvalg bør finne sted i de offentlige sykehusene, mener departementet. Fritt behandlingsvalg skal gi de offentlige sykehusene en stimulans til å bli mer effektive. Konkurransen må imidlertid være reell, og ordningen med fritt behandlingsvalg må finansieres på en måte som legger til rette for at de offentlige sykehusene kan respondere på denne stimulansen

Etter departementets vurdering er det usikkert hvor mange pasienter som faktisk vil velge å benytte seg av ordningen med fritt behandlingsvalg. Brorparten av aktivitetsveksten hos private leverandører vil trolig komme gjennom økt bruk av anbud. Samtidig forventer departementet at de offentlige sykehusene vil respondere på konkurransen. Dersom de offentlige sykehusene selv blir mer effektive og i tillegg kjøper mer fra private gjennom anbud, vil trolig færre pasienter velge å benytte fritt behandlingsvalg.

Departementet tar i løpet av 2015 sikte på å innføre fritt behandlingsvalg innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern samt innenfor enkelte områder av somatikken. For å kunne nå dette målet, må departementet sende en lovproposisjon med de to forslagene til lovendringer som fremgår av dette høringsnotatet til Stortinget i løpet av høsten 2014. Forutsatt Stortingets tilslutning tas det deretter sikte på å sende et høringsnotat med forslag til forskrift om fritt behandlingsvalg på ekstern høring vinteren 2015.

3. Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten gjelder alle offentlige sykehus og institusjoner, samt alle private sykehus og institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. For pasientene vil hovedforskjellen mellom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg være når rettigheten inntre. Fritt sykehusvalg kan benyttes allerede fra henvisningstidspunktet, mens retten til fritt behandlingsvalg foreslås å inntre etter at pasienten er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Det sentrale i retten til fritt behandlingsvalg er at pasientene skal kunne velge å oppsøke andre private tilbud enn de som er med i fritt sykehusvalgordningen, men kun etter at pasienten er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste og har fått en juridisk frist for oppstart av utredning eller behandling. Denne vurderingen av rett til behandling i spesialisthelsetjenesten skal fortsatt gjøres i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det er også slik at de private eller ideelle leverandørene kan være med både i fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Departementet ønsker en offensiv satsing på anbud, og følgelig vil flere private leverandører kunne inngå i fritt sykehusvalg framover. Det vil innebære at mange potensielle fritt behandlingsvalgleverandører i utgangspunktet vil levere tjenester til pasienter som har rett til nødvendig

spesialisthelsetjeneste gjennom fritt sykehusvalg. Dersom disse leverandørene har kapasitet utover de volumene som ligger i avtalen med det regionale helseforetaket, kan de søke om å få tilby denne ledige kapasiteten gjennom fritt behandlingsvalg.

Dersom fristbrudd oppstår, har pasienten i dag i realiteten to valgmuligheter. For det første kan pasienten velge å bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Det andre alternativet er å benytte tilbudet som HELFO fremskaffer. Det innebærer at pasienten får helsehjelp på et annet sykehus, eventuelt et sykehus som HELFO har avtale med eller gjør et direktekjøp fra. Regningen for denne behandlingen sendes til RHF, i praksis helseforetaket, som hadde ansvaret for pasienten frem til fristbruddet. Ved innføring av fritt behandlingsvalg vil pasienten i tillegg kunne oppsøke en fritt behandlingsvalgsleverandør. Da takker i tilfelle pasienten nei til tilbudet fra HELFO

Pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsleverandør gjør det enten fordi vedkommende mener ventetiden i det offentlige er for lang, eller fordi vedkommende ønsker å motta helsehjelpen hos en bestemt leverandør.

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

4. Ansvar og krav til forsvarlighet.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å oppfylle forpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser sett hen til behovet i helseregionen. Det regionale helseforetaket kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenester selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.

Når en pasient velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgsleverandør, blir det et spørsmål om hvilket ansvar som påligger det regionale helseforetaket og det helseforetaket som har mottatt henvisningen. Kravene og oppfølging av fritt behandlingsvalgsleverandørene, utover de plikter som allerede ligger i lovgivningen, skal skje gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg. Når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgsleverandør, vil denne leverandøren overta ansvaret for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp, og evt å henvise pasienten videre hvis dette er nødvendig, på samme måte som det i dag gjelder ved fritt sykehusvalg, men med den forskjellen at det regionale helseforetaket ikke har et overordnet ansvar for fritt behandlingsvalgsleverandørene.

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Individuell plan er et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Når pasienter har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan lagt til kommunen. Departementet er usikker på om retten til individuell plan og retten til fritt behandlingsvalg i praksis lar seg gjennomføre samtidig, og ber høringsinstansene særlig om å kommentere dette spørsmålet. Det vil si om retten til individuell plan også skal gjelde dersom pasienten velger å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg.

5. Sammendrag av innholdet i høringsnotatet om fritt behandlingsvalg.

Retten til fritt behandlingsvalg vil innebære følgende hovedelementer:

- Pasienten må ha fått tildelt en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en juridisk frist for å kunne benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg.
- Pasienter med juridisk frist knyttet både til utredning og behandling vil kunne bruke leverandører i fritt behandlingsvalg.
- Retten til å motta helsehjelp hos en leverandør i fritt behandlingsvalg skal gjelde så langt pasienten har et behov for den aktuelle hjelpen.
- Det er pasienten selv som må oppsøke den private leverandøren etter å ha fått tildelt en rett til nødvendig helsehjelp. Retten kan benyttes på ethvert tidspunkt i pasientforløpet.
- Det er en forutsetning for å kunne benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg at den aktuelle leverandøren er godkjent for å levere de tjenestene som pasienten har behov for.

Ordningen med fritt behandlingsvalg er først tenkt innført for døgn tjenester innenfor psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), samt noe somatikk (ikke beskrevet i notatet).

- ***Krav til leverandører i forskrift om fritt behandlingsvalg.***

Fritt behandlingsvalg innebærer en utvidelse av pasientenes rett til å velge behandlingssted, ved at private skal kunne tilby sine tjenester til pasienter som er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, uten at det er et krav om avtale med et regionalt helseforetak. Det innebærer at man må finne andre løsninger for å regulere forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandør. Det er et behov for en rettslig regulering av ordningen og departementet ser det som naturlig å foreslå en forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Private leverandører som skal levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, bør etter departementets vurdering stilles overfor de samme krav til dokumentasjon av aktivitet og kvalitet som de offentlige sykehusene og private sykehus med avtale.

Det er departementets vurdering at forskriftshjemmelen som foreslås i høringsnotatet også bør ha en utforming som gir departementet myndighet til å kunne gi forskriftsbestemmelser med krav av skjønsmessig karakter. Eksempler på slike samfunnsmessige krav kan være:

- at virksomheten ikke skal svekke den geografiske og helsefaglige spredningen av helsetjenesten,
- at virksomheten ikke skal redusere den offentlige helsetjenestens mulighet til å gjennomføre sine oppgaver
- at virksomheten ikke skal legge beslag på helsepersonellressurser det er knapphet på

Dersom det stilles krav av mer skjønsmessig karakter i forskriften, vil det føre til økte administrasjonskostnader for helsemyndighetene ved at selve prosessen vil bli mer omfattende enn om kravene som stilles kun er av objektiv karakter. Departementet ser for seg at Helsedirektoratet skal forvalte ordningen, og at det er naturlig at direktoratet også gis i oppgave å vurdere søknader om å få levere tjenester under ordningen.

Departementet foreslår at dersom en privat leverandør ønsker å tilby tjenester gjennom fritt behandlingsvalg må leverandøren akseptere de vilkårene som følger av forskriften.

Departementet vil også foreslå en bestemmelse som gir Helsedirektoratet mulighet til å inndra retten til å tilby tjenester gjennom ordningen dersom forpliktelsene som følger av forskriften ikke blir fulgt.

Private leverandører som ønsker å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg vil få en sentral rettighet, retten til å levere tjenester til den prisen departementet til enhver tid fastsetter for den aktuelle tjenesten. Til forskjell fra ved anbudsinnngåelser med private, vil denne retten ikke ha en volumbegrensning. Det innebærer at når først en leverandør gis adgang til å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, kan denne leverandøren yte tjenester til alle pasienter som ønsker å motta helsehjelpen der, så fremt det finnes en pris for de tjenestene den enkelte pasient har behov for. Alle private leverandører vil i utgangspunktet få den muligheten. Avtalespesialistene vil imidlertid ikke bli omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg. Departementet vil utrede nærmere om det er hensiktsmessig å åpne opp for at avtalespesialister med mindre enn 100 pst. avtalehjemmel kan levere tjenester innenfor ordningen fritt behandlingsvalg, på områder uten refusjonstakster fra folketrygden.

Private virksomheter som etter anbudskonkurranse allerede har avtaler med regionale helseforetak, bør etter departementets vurdering kunne søke om også å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, utover de avtalte volumbegrensningene i avtalene. Private som ikke har vunnet frem i anbudskonkurransene med regionale helseforetak, eller som ikke tidligere har vært med i anbudsrunder, kan søke om å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

Offentlige helseinstitusjoner skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert, jf. § 4. Ventetiden opphører den datoen behandlingen påbegynnes.

Innenfor rusbehandling er de private institusjonene inkludert i ventelistestatistikken. Innen psykisk helsevern rapporterer de fleste private, men ikke alle. Enheter som kun behandler pasienter sent i forløpet, det vil si etter at helsehjelp er påbegynt ved eksempelvis et DPS (distriktpsykiatrisk senter), vil ikke ha ventelistetall i nasjonal statistikk.

Dette er tilfelle for flere private enheter innen psykisk helsevern for voksne. Pasienter innen somatikk som i dag blir behandlet ved de private kommersielle sykehusene inngår ikke i dagens ventelistestatistikk. Disse aktørene rapporterer ikke per i dag henvisningsinformasjon til NPR (Norsk pasientregister), og pasientens ventetid fram til oppstart av helsehjelp inngår derfor ikke i ventelistestatistikken. Dette skyldes bl.a. at det har vært utfordringer knyttet til registreringspraksis og tilrettelegging av de pasientadministrative systemene for korrekt uttrekk av henvisningsdata. Det arbeides med å inkludere private kommersielle sykehus i ventelistestatistikken. Mange av disse vil trolig kunne rapportere riktige ventelistetall i løpet av 2014.

Etter departementets vurdering er det naturlig at fritt behandlingvalgs-leverandørene rapporterer til NPR når helsehjelpen starter opp for den enkelte pasient. Etter departementets vurdering er det imidlertid ikke opplagt at pasientene registreres i statistikken som ventende knyttet til fritt behandlingsvalg-leverandøren, slik tilfellet er for private med avtale. Alternativt kan statusen som ventende knyttes til det offentlige sykehuset som har vurdert henvisningen. Dette innebærer at pasienten vil stå oppført på ventelisten til det offentlige sykehuset inntil helsehjelpen starter opp hos fritt behandlingvalgleverandøren, også i perioden fra pasienten har tatt kontakt med leverandøren til helsehjelpen faktisk starter opp. Pasienten blir da avviklet fra ventelisten ved det offentlige sykehuset først når fritt behandlingvalgleverandøren rapporterer at helsehjelpen er påbegynt.

Selv om det offentlige sykehuset da vil ha pasienter i sin ventelistestatistikk som det ikke kan påvirke ventetiden for, er det samtidig slik at pasienter trolig i hovedsak vil velge fritt behandlingvalgleverandører fordi dette vil gi raskere tilgang til helsehjelp, hevder departementet.

- **Innføring i psykisk helsevern og TSB**

Mange pasienter innenfor psykisk helsevern og rus står på venteliste for å få behandling. Gjennomsnittlig ventetid i voksenpsykiatri, BUP og rus var henholdsvis 55, 56 og 59 dager på landsbasis. Samtidig finnes det private aktører med ledig kapasitet som kan tilby behandling. På rusfeltet finnes i dag ledig døgnkapasitet ved flere institusjoner. Dette gjelder institusjoner som allerede har avtale, som har hatt avtale eller institusjoner utenfor dagens avtalesystem. Institusjoner i alle disse

kategoriene kan tenkes å inngå i ordningen med fritt behandlingsvalg. Innen psykisk helsevern gis institusjonstjenester i det alt vesentlige av offentlige institusjoner. Kun en liten andel av institusjonene er private med avtale med et RHF. Selv om det er begrenset ledig kapasitet for døgnbehandling hos private tilbydere innen psykisk helsevernområdet i dag, vil innføring av fritt behandlingsvalg kunne medføre at flere tilbydere melder seg.

I tillegg til poliklinisk behandling ved de offentlige institusjonene, utgjør om lag 600 avtalespesialister (psykologer/psykiatere) en viktig del av det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern. Det er begrenset ledig kapasitet i privat sektor utover dette. Departementet legger i lys av dette ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå.

Sammenhengende og helhetlige tjenester forutsetter et nært samarbeid over forvaltningsnivåene. Mer skal skje på kommunale arenaer. Det betyr at spesialisthelsetjenesten i større grad må arbeide på kommunens premisser og sørge for at spesialistkompetansen er lett tilgjengelig, men på en slik måte at spesialisthelsetjenesten ikke overtar kommunens oppgaver.

6. Administrerende direktørs vurdering.

Bakgrunnen for at regjeringen vil innføre reformen er at de mener økt konkurranse gjennom etablering av fritt behandlingsvalg vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive og at ventetiden vil gå ned. På denne måte vil de sikre at de offentlige sykehusene fortsatt er bærebjelken i et offentlig finansiert system der de sykeste får behandling først. Vi har erfaringer i Nordlandssykehuset for at en del av fagområdene hvor ventetiden er lang blant annet skyldes mangel på legespesialister. Denne utfordringen gir høringsnotatet liten oppmerksomhet. Det antydes flere steder i notatet at en må sikre seg at ikke konkurransen om fagfolkene taper den offentlige helsetjenesten for spesialistkompetanse. Det er administrerende direktørs vurdering at så lenge det ikke utdannes betydelig flere legespesialister, vil nye behandlingstilbud på privatmarkedet konkurrere om de samme spesialistene. Det tar 10-15 år å utdanne ferdige legespesialister. Innen legemarkedet er tilfanget på nye spesialister for enkelte fagfelt svært begrenset. Det er f.eks stor mangel på spesialister innen psykisk helsevern, kreftbehandling, radiologi og patologi i hele landet og, for enkelte spesialiteter, i hele Europa. Spesialiteten rusmedisin er i sin spede etablering. Vi er bekymret for at markedsmekanismer vil medføre at erfarne spesialister forlater det offentlige helsevesenet samtidig som de mest krevende pasientgruppene blir igjen. Dette vil kunne gi en todeling av helsevesenet som ikke gagnar våre pasienter. Vi er også bekymret for framtidig utdanning av spesialister dersom vi får for få overleger i de offentlige sykehusene.

Fritt behandlingsvalg skal først fases inn for psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er begrunnet i ønsket om å gi psykisk helse og rusbehandling prioritet. I Nord-Norge er mangelen på psykiatere og psykologspesialister svært stor. I Nordlandssykehuset, psykisk helse- og rusklinikken har vi kun besatt 17,5 av totalt 43 overlegestillinger og flere avdelinger har ingen fast ansatte psykiatere, og vi baserer behandlingstilbudet på spesialister fra innleiefirmaer. Økt konkurranse om legearbeidskraften antas å få store konsekvenser. Dette spesielt fordi man skal iverksette reformen først innen elektiv døgnbehandling. Døgnbehandling tar om lag 80 prosent av de samlede ressursene innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), mens poliklinikk og ambulant virksomhet tar om lag 20 prosent. Den dominerende andelen av pasientene får imidlertid poliklinisk behandling. Det gjelder særlig innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Selv om poliklinikk og ambulant virksomhet kun tar 20 % av ressursene, er det her vi har ventetid. Det store antallet som henvises til behandling for psykiske lidelser må vurderes ved en poliklinikk først. Når det offentlige skal fortsette med alle vurderinger av henvisningene, vil etablering av fritt behandlingsvalg på døgnbehandling ikke bety noen avlastning for den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det anslås at andelen akuttinnleggelser utgjør mellom 60 og 70 prosent av totalt antall innleggelser i psykisk helsevern, og en noe lavere andel i TSB. Andel tvangsinnleggelser ligger på rundt 20-25 prosent. Departementet legger til grunn at akuttjenester og tvangsbehandling i mindre grad er aktuelt å

innlemme i fritt behandlingsvalg. Det vurderes derfor som uheldig for vår virksomhet at fritt behandlingsvalg innføres for elektiv døgntilbud, hvor vi kun unntaksvis har ventetid, og hvor volumet av pasientene er å finne på ventelistene for utredning. Når akutt og tvangsbehandling også er unntatt, og risikoen for tap av kompetanse/spesialister i det offentlige tjenestetilbudet er stor, vil dette utgjøre en reell trussel mot det offentlige tjenestetilbudet og de øvrige nasjonale strategier for psykisk helsevern og TSB, som oppbygging av DPSene med 24/7-beredskap, redusere tvang og øke ambulant- og poliklinisk virksomhet.

Ventetiden for pasienter innen psykisk helsevern ligger for landet under kravet om at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp skal få behandling innen 65 dager. Pasienter som venter mer enn 65 dager, venter stort sett på poliklinisk utredning. Det oppleves derfor som merkverdig at den offentlige spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ta all utredning og polikliniske konsultasjoner og konkurranseutsettes på et område hvor kapasiteten er god og til dels for stor. Det har i mange år vært et krav i oppdragsdokumentet at virksomheten skal vris fra døgntilbud, - og poliklinikk. Vi er bekymret for at økt døgntilbud hos fritt behandlingsvalgsleverandører vil ha motsatt effekt.

Pasienten skal fortsatt stå på offentlig venteliste, selv om denne har valgt privat behandlingssted. Dette øker behov for kontroll og administrasjon og gir ikke reelle tall for ventetid ved offentlig tilbud. Vi stiller spørsmål ved hvordan pasienten skal kunne velge raskest behandlingssted når ventetiden ikke er differensiert mellom offentlig og privat. Pasienten vil ha en fot i det offentlige og en fot i det private. Det er vår vurdering at departementets forslag om at pasienten skal stå på det offentlige venteliste gir en konkurranse mellom det offentlige og det private på svært ulike grunnlag. Valgfrihet må bety at ansvaret for valg legges på pasienten eller den private leverandøren, slik at når man velger en privat leverandør går man ut av den offentlige helsetjenestens venteliste.

Departementet påpeker at utviklingen i bruk av ordningen må overvåkes nøye for å unngå at innføring av fritt behandling for døgntilbud skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Vi deler denne bekymringen og mener at overvåking av forbruksrater må overvåkes spesielt. I tillegg til de mulige vridningseffekter som departementet nevner, har vi også en bekymring for at også lengden på behandlingsforløpene kan øke. Tidspunktet for når et behandlingsløp kan avsluttes, er basert på faglig skjønn og er individuelt betinget. Tidligere erfaringer med private aktører innen f.eks spiseforstyrrelser og private institusjoner med avtale med Helfo om fristbruddspasienter, gir bekymring for at lange behandlingsforløp (som gir høyere inntjening) vil forekomme. Det er vanskelig å etterprøve de avgjørelser som tas. Normering av behandlingens lengde er en mulig løsning, men dette kan hele tiden overprøves av behandleres faglige vurdering.

Den sterke økningen i andelen eldre innebærer en økning av pasienter med aldersrelaterte sykdommer. Dette vil få som en følge at antallet multimorbide eldre pasienter øker. Dette gjelder for eksempel for sykdommer som kreft, lungesykdommer, karlidelser og demens. Forekomsten av psykiske lidelser og rus vil øke samt at mange pasienter har et multifarmasiforbruk som stiller store krav til spesialisthelsetjenesten. De pasienter som fritt behandlingsvalg er beregnet for er ofte de pasientgruppene som har behov for koordinerte og sammensatte tjenester. Dette fordi det er i forhold til rehabilitering av kronisk syke vi har behov for supplerende tjenester. I og med at sykehusene har en plikt til å ivareta øhjelpsinnleggelse, blir ofte pasienter med rehabiliteringsbehov utsatt for venting på plass. Det er vanskelig å finne argumenter for hvorfor private aktører ikke skal ha samme krav om å oppfylle denne pasientrettigheten. Dersom ikke fritt behandlingsvalgsleverandører skal ha plikt til å delta i utforming av individuell plan for pasientene med sammensatte og langvarige behandlingsbehov, vil det være et behandlingstilbud fritatt for krav om samhandling og koordinasjon av tjenesten opp mot aktører som må spille på lag. Det står lite i notatet om kvalitet og pasientsikkerhet. Dersom kjøreglene er annerledes i de private tilbudene enn i de offentlige, er vi engstelige for at både kvaliteten og pasientsikkerheten hos de private leverandørene blir skadelidende. Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten er en av bærebjelkene for å sikre god ressursutnyttelse og formålstjenlig arbeidsdeling mellom primær,- og spesialisthelsetjenesten. Dersom ikke de samme krav til både kvalitet, pasientsikkerhet og

pasientrettigheter, som for eksempel frist for behandling og individuell plan, må ivaretas av fritt behandlingsvalgsleverandørene blir det ikke en konkurranse på like vilkår. Dette synes uheldig.

For å ha gode kvalitative tjenester må man ha volumkompetanse. Det er en bekymring for at vi i Helse Nord med vårt relativt lave folketall, kan komme til et brytningspunkt der pasientgrunnet for å drive såpass desentraliserte tjenester som vi gjør, vil bryte sammen ved økt konkurranse.

Direktøren vil understreke at dersom prinsippene i ordningen gjennomføres kan det medføre nye og meget utfordrende krav til ytterligere omstilling og strukturrasjonalisering i vårt foretak dersom vi skal beholde våre pasienter. Det kan medføre at man må benytte helt andre virkemidler enn i dag for å redusere ventetid vesentlig, fjerne fristbrudd og stabilisere tjenestetilbudet. Tjenestene kan måtte leveres av færre ansatte og ikke minst må vår organisasjon få et ennå tydeligere pasientorientert fokus. For å lykkes med slike omstillinger er en ytterligere styrking av samarbeidet med kommuner og primærhelsetjenesten bli nødvendig. Dett kan blir ekstra krevende når den kommunale medfinansieringen faller bort.

Avslutningsvis er det verdt å bemerke at høringsnotatets kapittel om ny anskaffelsesstrategi i liten grad problematiserer at fritt behandlingsvalg kan tenkes å undergrave anbudsprinsippene for offentlige anskaffelser. Ved anbud konkurrerer private tjenesteleverandører både om pris, kvalitet og tilgjengelighet/leveringsdyktighet. De som taper anbudskonkurransene kan søke om å få levere tjenester over fritt behandlingsvalg til en fast pris og uten volumbegrensninger. Det anses som sannsynlig at mange private leverandører kan komme til å satse mer på å få godkjenning som fritt behandlingsvalgleverandør enn på å vinne anbudskonkurransen og være med på å presse prisen for tjenestene ned.

7. Oppsummering

Departementet foreslår en forskriftshjemmel for å etablere en nasjonal ordning som regulerer forholdet mellom det offentlige og de private leverandørene som ønsker å tilby sine tjenester til pasienter gjennom fritt behandlingsvalg. Hovedtrekkene i denne ordningen ser departementet for seg vil være følgende:

- De private leverandørene må søke for å få innvilget en rett til å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg. I utgangspunktet kan alle private leverandører søke.
- Helsedirektoratet forvalter ordningen, herunder vurderer søknader fra private leverandører.
- Det stilles krav i forskrift om fritt behandlingsvalg til de private leverandørene. Det vil være noen krav av mer objektiv karakter og andre av mer helsepolitisk karakter. Dette vil være krav for å få en rett til å levere tjenester og krav til selve leveransen av tjenestene.

Selve forslaget til forskrift, med nærmere vurderinger av de kravene m.v. som departementet vil foreslå, vil bli sendt på egen høring etter at forslagene i dette høringsnotatet er behandlet av Stortinget forutsatt at lovforslagene her får tilslutning.

Regjeringen legger opp til en gradvis innfasing av ordningen og det skal gjøres en vurdering av konsekvensene for de offentlige tilbudene før en utvidelse av fritt behandlingsvalg til nye pasientgrupper. Ordningen er ikke ment å skulle undergrave de offentlige sykehusene. Det skal også av denne grunn legges vekt på å følge den geografiske spredningen av leverandører og ventetiden i ulike deler av landet.

Fritt behandlingsvalg skal etableres innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i første fase. Departementet ønsker likevel samtidig å høste erfaringer fra det somatiske området med tanke på videre innfasing. Det tas derfor sikte på at fritt behandlingsvalg, parallelt med innføring innen psykisk helsevern og rus, skal innføres innenfor enkelte fagområder innen somatikk. Dette kan blant annet bidra til å belyse effekt på ventetid, pasientenes bruk av fritt behandlingsvalg, prioritering, behandlingsresultater, konsekvenser for offentlige sykehus og respons i privat sektor.

Det kan hevdes at leverandører i fritt behandlingsvalg har et økonomisk insentiv for at utredningen skal resultere i et økt behov for behandling. Det viktigste tiltaket for å møte dette er at den offentlige spesialisthelsetjenesten først skal vurdere behov og tildele rettigheter.

Prinsippene for prisfastsettelse vil være slik at prisen i fritt behandlingsvalg skal settes under laveste anbudspris for en definert tjeneste. Fratrukket skal vurderes sjablongmessig. Helsedirektoratet er tiltenkt oppgaven med prisfastsettelse innenfor rammer og prinsipper fastsatt av departementet. For å motvirke uønskede vridninger i prioritering legges det til grunn at staten i stor grad avlaster RHFene for den økonomiske risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg.

8. Konklusjon/innstilling til vedtak:

Administrerende direktør anbefaler at det sikres at utdanning av spesialister kan gjennomføres både i private helseinstitusjoner og i sykehusene også i framtiden og at det tas skritt for å sikre at reformen ikke medfører en utilsiktet og omfattende overgang av spesialister fra offentlig til privat sektor. Det anbefales å ta geografiske og rekrutteringsmessige hensyn ved innfasing av reformen, slik at ikke den offentlige helsetjenesten i distriktene tappes for faglige ressurser.

Videre bør det sikres at fritt behandlingsvalg ikke medfører en utilsiktet vridning fra dag- til døgnbehandling og at en utvikler standard behandlingsforløp de ulike diagnoser for å motvirke lange forløp med intensjoner om økt inntjening hos private, spesielt dersom en velger å opprettholde forslag om at de private leverandørene i fritt behandlingsvalg ikke skal føre venteliste.

Det anbefales videre at også pasienter med behov for langvarig og sammensatt helsehjelp fra begge nivå i helsevesenet, og som benytter fritt behandlingsvalg, kan kreve individuell plan hos de private leverandørene også.

Administrerende direktør anbefaler styret i Nordlandssykehuset å gjøre følgende

Innstilling til vedtak:

1. Styret slutter seg til saksutredningens anbefalinger om tiltak for å motvirke at fritt behandlingsvalg vil svekke tilgangen på spesialister i våre sykehus og DPSer.
2. Styret anbefaler departementet å etablere like vilkår for offentlige og private leverandører av helsetjenester ved innføring av fritt behandlingsvalg.
3. Styret mener det er viktig å sikre lik praksis for prioritering jfr Prioriteringsforskriften enten pasienter behandles i det offentlige eller private helsevesen. Herunder anbefales at pasientene som benytter fritt behandlingsvalg ikke lenger skal stå på det offentlige sykehusets venteliste.
4. Styret er bekymret for at implementering av fritt behandlingsvalg innen elektiv døgnbehandling for psykisk helsevern og TSB vil medføre vanskeligheter med oppbygging av kompetanse og beredskap ved DPSene og derved utfordringer med å oppfylle regjeringens krav til helseforetakene om vridning fra døgn til dag og ambulant virksomhet jfr Oppdragsdokument 2014.

Avstemming:

Vedtak: