

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2015/289 - 4983/2015

Deres ref.
14/2753

Saksbehandler
Inger Mette Nilstad,

Dato
19.08.2015

Høringsvar Helse Midt-Norge RHF - Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 29. april 2015 der det bes om høringsvar innen 21. august 2015 til høringsnotat om forslag til forskrift om fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge RHF viser også til vårt høringsvar av 16.09.2014, da selve ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) var på høring. Vi uttrykte i dette høringssvaret en bekymring for at ordningen slik den da var foreslått ville gi betydelig risiko knyttet til bl.a. pasientsikkerhet, ivaretagelse av pasientrettigheter og utøvelse av regionens helhetlige sørge for ansvar. En del av innvendingene ble imøtekommet gjennom den vedtatte lovproposisjonen. Likevel mener Helse Midt-Norge RHF at det fremdeles er noen utfordringer knyttet til ordningen som kan gi negative konsekvenser både for pasienter, den offentlige helsetjenesten og for private leverandører med RHF-avtale. Utgangspunktet for Helse Midt-Norges høringsvar er å bidra til forbedringer slik at ordningen med fritt behandlingsvalg kan bli en best mulig ordning for pasientene og samtidig sikre at viktige samfunnshensyn ivaretas.

Hovedmomentene i vårt høringsvar knytter seg til:

- Bør reguleres at FBV-leverandørene også skal følge beslutninger tatt i det nasjonale systemet for innføring av nye metoder.
- Bør reguleres at FBV-leverandørene også skal følge de til enhver tid gjeldende nasjonale faglige retningslinjene, inkl. forholde seg til pakkeforløp.
- Bør settes krav til universell utforming.
- Åpne opp for at FBV-leverandører skal bidra i helsepersonells utdanning dersom ordningen blir omfattende.
- Vurdere å korte ned på godkjenningsperioden – må sees opp mot forutsigbarhet for de private leverandørene.
- Må tydeliggjøre hva tjenestene i ordningen omfatter.
- Færre pasientgrupper bør inkluderes i ordningen innenfor psykisk helse og TSB.
- Bør settes en øvre grense for varigheten av døgnbehandling, normert behandlingsslengde.
- Fraråder bruk av lokale KPP i prissettingen, bør vente med bruk av KPP til nasjonal løsning er på plass.
- Presiserer behov for dokumentasjon, bruk av standarder ift. oppgjørsordningene.

- Bør presisere hvilken svarfrist FBV-leverandørene har for å varsle vurderingsenheten om at de har akseptert behandlingsansvaret for pasienten.
- Støtter at NPE kan kreve inn egenandel fra private i saker med medhold.
- HELFOs sanksjonsmuligheter er for små.
- Evaluere/etablere følgeforskning.

Vårt hørings svar følger høringsnotatets disposisjon, med kommentarer knyttet til enkeltkapitler og bestemmelser.

KOMMENTARER TIL ENKELTMOMENTER I HØRINGSFORSLAGET

Tildeling av godkjenning (kapittel 6 i høringsnotatet)

Forholdet mellom helsefaglig normering og vilkår i forskriften

Det skal i følge høringsforslaget ikke stilles vilkår knyttet til bestemt kompetanse eller bemanning. Dette er begrunnet med at intensjonen bak et slikt krav vil ivaretas av forsvarlighetsplikten, internkontrollforskriften, denne forskriftens vilkår, samt HELFO sitt system for oppfølging. Departementet viser til at; «.. det foreslås å sette som vilkår på godkjenningstidspunktet at leverandøren skal levere en egenerklæring, basert på internkontrollforskriftens krav, om hvilke systemer, kompetanse og bemanning leverandøren planlegger med for å kunne levere tjenesten det søkes om. Godkjenningsmyndigheten vil i et slikt system ikke kunne utløse sanksjoner dersom leverandøren avviker fra denne planen.

Det vil da være indirekte akseptert av staten v/Helsedirektoratet at FBV-leverandører kan drive uten å følge faglige nasjonale retningslinjer fastsatt av Helsedirektoratet selv. Høringsnotatet viser til at «Nasjonale retningslinjer er faglig normerende og skal være et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Ved å støtte seg til retningslinjenes anbefalinger kan helsetjenesteyterne være tryggere på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp. Retningslinjer er et virkemiddel for å sikre høy kvalitet, riktige prioriteringer og for å hindre uønsket variasjon i behandlingstilbudet». Dette gir ikke konsistens.

Departementet opplyser videre at dokumentasjonen ikke skal være gjenstand for vurdering på søknadstidspunktet. Helse Midt-Norge RHF vil stille spørsmål ved funksjonen til denne egenerklæringen når den verken skal vurderes eller kunne utløse sanksjoner ved avvik fra det erklærte. Formålet med egenerklæringen synes uklar; «...dokumentasjonen skal danne det første grunnlag for etatens videre informasjons- og oppfølgingsopplegg». Helse Midt-Norge RHF mener det er vesentlig at virksomhetene kan dokumentere at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Det vises til mer utfyllende kommentarer under punktet om sanksjonsmuligheter.

Virksomhetenes forpliktelser til å rapportere, samarbeide mv.

Rapportering

Helse Midt-Norge RHF er enige i de foreslåtte kravene knyttet til rapportering og samarbeide mv. Det må imidlertid sikres at regionene har mulighet til å hente ut data fra Norsk pasientregister (NPR) hvor en skiller FBV-pasientene fra pasienter som er behandlet av private med en RHF-avtale. Dette for å sikre at vi kan følge opp våre avtaler på best mulig måte.

For at vi skal kunne avlese etterlevelse av krav til standardiserte pasientforløp må FBV-leverandører også kunne levere data fra prosessene til «forløpseier» der dette er definert. Dette kan være forskjellige datasett fra det som kreves av myndighetene. I forskriften bør det derfor tydeliggjøres at dersom tjenesten er en del av et pasientforløp må det leveres data til «forløpseier».

Samarbeid

Helse Midt-Norge RHF vil også foreslå at FBV-leverandørene må gjøre seg tilgjengelig for arbeid med utvikling av forløp. Dette for å avklare detaljer utover krav satt av myndighetsorgan.

Forholde seg til prosedyrer og regler for henvisning, inntak og utskrivning

Det vises til den skisserte prosessen for utveksling av informasjon som er gitt i høringsnotatets kapittel 6.3.6.10.

I følge skissen er det overlatt til pasienten selv både å kontakte alternativt behandlingssted og å sørge for at vurderingsinstansen oversender nødvendige helseopplysninger til nytt behandlingssted. Dette vil for enkelte representere en utfordring.

Pasienter som har lyktes i å komme i kontakt med FBV-leverandør som kan levere det pasienten behøver, må deretter henvende seg til den som har vurdert henvisningen for oversending av nødvendige helseopplysninger til nytt behandlingssted. Dette betinger at vurderingsinstansen har et godt system for å fange opp og følge opp slike henvendelser.

Ordningen kan i praksis fortone seg noe komplisert og tungvint for pasientene. En må sikre at prosessene som velges reduserer risikoen for at pasienter «dettet ut» av systemet ved at papirer forlegges/beskjeder feiloppfattes og slik ikke får den helsehjelp de har behov for eller eventuelt forsinket behandling.

Brukermedvirkning

Pasienter som velger de avgrensede tjenester som er foreslått i FBV-ordningen er i liten grad i organisert i bruker/pasientorganisasjoner. Det bør derfor etableres andre systemer enn brukerutvalg, eksempelvis quest-back og lignende.

Tilgjengelighet

Helse Midt-Norge RHF ser ikke at det er foreslått å stille noe krav om universell utforming og ber derfor departementet vurdere dette. Dette er et viktig prinsipp for å sikre at alle pasienter kan benytte seg av tilbudene. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Dette er ikke bare et spørsmål om forsvarlighet, men også pasientopplevd kvalitet.

Helse Midt-Norge RHF viser til at vi i våres avtaler med private bl.a. har stilt følgende krav:

- Lokaler skal være tilgjengelige og tilrettelagt for funksjonshemmede, jf diskriminerings- og tilgjengelighetslovens § 9 om plikt til generell tilrettelegging (universell utforming).
- Ansatt/innleid helsepersonell hos leverandør skal kunne kommunisere godt på norsk eller annet skandinavisk språk, så vel skriftlig som muntlig.
- Dersom bruk av tolk er nødvendig for at pasient og eventuelt pårørende skal kunne motta og forstå den informasjon de har krav på i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven, skal tolk benyttes. Kostnader til dette skal i sin helhet dekkes av leverandør.

Særlig om system for innføring av nye metoder og nasjonale faglige retningslinjer mv.

Departementet finner det ikke nødvendig at det skal settes som vilkår at behandlingsmetodene virksomhetene benytter skal være i samsvar med de beslutninger som tas i det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Det vises til at dette hensynet blir ivaretatt gjennom innfasingsmekanismen for tjenester. Helse Midt-Norge RHF viser til at det er foreslått en varighet på godkjenningen på hele 5 år. I løpet av en 5-årsperiode vil det kunne komme beslutninger i beslutningsforumet som får konsekvenser for konkrete tjenester som allerede er innlemmet i FBV-ordningen. Helse Midt-Norge RHF mener derfor at det bør settes som vilkår at

behandlingsmetodene virksomhetene benytter skal være i samsvar med de til enhver tid gjeldende føringer som gis gjennom det nasjonale systemet for innføring av nye metoder.

Som det påpekes i høringsnotatet, er det ved overgangene i pasientforløpene at risikoen for kvalitetsbrist er størst. Det vektlegges derfor at alle involverte tilbydere i forløpene forplikter seg til prosedyrer som ivaretar høy kvalitet på tjenestene og ivaretar pasientsikkerheten i forløpene. Det framstår uklart om de godkjente FBV-virksomhetene vil være forpliktet til å levere innen frister satt i de standardiserte pakkeforløpene, i de tilfeller de er involvert i slike forløp. Dette bør etter vår vurdering presiseres. Videre mener Helse Midt-Norge RHF at det er grunnlag for å presisere at godkjente virksomheter i FBV-ordningen også skal følge de til enhver tid gjeldende nasjonale faglige retningslinjene.

Særlig om deltakelse i utdanning

I høringsnotatet foreslås at det ikke settes som et vilkår for å få tildelt godkjenning at virksomheten skal delta i utdanning av helsepersonell eller helsepersonell under spesialistutdanning.

Når det framover vil bli mer bruk av avtalespesialister og private spesialisthelsetjenesteleverandører i anbud, er det naturlig at disse deltar i utdanning av helsepersonell. Dette for å ivareta god utdanningskapasitet i helse- og sosialfaglig utdanning og sikre riktig kompetanse og kapasitet i helsetjenesten. SSB Helsemod (rapport 14/2012) viser at mangel på helsepersonell blir en utfordring, særlig etter 2020. Dermed vil det kunne bli behov for økt utdanningskapasitet for å møte denne utfordringen.

RHF-ene kan ikke bruke FBV-ordning til å sikre utdanning av helsepersonell, da man ikke har noen avtale med aktørene der denne aktivitet kan reguleres. Innen fagområder med knapphet på nøkkelpersonell, vil etablering av FBV- virksomhet i stor skala, kunne undergrave allerede etablerte offentlige tilbud. Tap av kritisk kompetanse vil raskt få konsekvenser for både behandlingstilbud, utdanningskapasitet og forskningsaktivitet. Det er derfor avgjørende at dimensjonering og innretningen av FBV tar hensyn til hvilke fagområder som er særlig sårbare. Sårbarheten vil kunne endres over tid fordi det skjer endringer i medisinsk praksis, i sykdomsutvikling og i utdanningskapasitet. Det må etableres systemer som løpende vurderer FBV's konsekvenser med hensyn til spesialisthelsetjenestens kapasitets- og kompetansebehov. Eksempelvis bør fagområder som fører til at offentlige sykehus får for lite volum til å ivareta spesialistutdanning av leger, sykepleiere og andre, ikke inkluderes i FBV ordningen.

Dersom offentlig spesialisthelsetjeneste mister personellressurser i stort omfang til FBV-aktører, vil dette medføre at kapasitet til både pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende reduseres. Utdanninginstitusjoner (universitet, høyskoler, fagskoler, videregående skoler) vil raskt merke hvis utdanningskapasiteten i tjenesten reduseres. En redusert utdanningskapasitet vil ramme både offentlig helsetjeneste og private aktørers grunnlag for fremtidig rekruttering. Dimensjonering og innretning på FBV må håndteres med solid risikostyring og hensynet til både sårbare fagområder, svake forskningsområder og utdanningskapasitet.

Dersom ordningen med FBV blir omfattende bør også disse aktørene bidra i utdanning av helsepersonell, da det kan bli nødvendig for å opprettholde tilstrekkelig utdanningskapasitet. Hvis det blir betydelig overlapp mellom sykehus som har avtale med RHF og FBV-leverandører kan dette eksempelvis påvirke utdanningskapasiteten negativt. Samtidig vil det bli svært krevende hvis FBV-leverandører skal bidra i utdanning. Derfor er det viktig at ordningen ikke blir for omfattende, slik at man unngår de beskrevne scenario.

Godkjenningens varighet

Departementet foreslår at godkjenningen skal gjelde for 5 år, og at den automatisk faller bort etter dette. Virksomhetene må da evt. søke om ny godkjenning. Helse Midt-Norge RHF mener det er riktig å se spørsmålet om varighet i sammenheng med systemet for inn- og utfasing av tjenester. Dersom tjeneste A i 2016 er en del av fritt behandlingsvalg, og de fleste av aktuelle private melder seg på og godkjennes for å yte denne tjenesten, vil en utfasing kun bety at eventuelle nye ikke vil kunne yte samme tjeneste. Et mulig høyt forbruk av angjeldende tjeneste vil dermed neppe dempes vesentlig av en slik utfasing. En FBV-leverandør kan etter forslaget fortsette å levere tjenester gjennom flere år etter at tjenesten er faset ut av ordningen. Dette selv om tjenesten ikke nødvendigvis lenger har lange ventetider, at den gir økt risiko for overbehandling og indikasjonsglidning og svekker den øvrige spesialisthelsetjenestens evne til å oppfylle sine oppgaver. Helse Midt-Norge RHF mener at det kan være vektige samfunnsmessige argumenter for å begrense godkjenningens varighet.

Dersom antagelsen om at FBV ikke vil bli benyttet i særlig stort omfang slår til, kan det likevel være riktig, av hensyn til forutberegnelighet for leverandørene, at utfasingen for disses vedkommende ikke får konsekvenser for ved utløpet av 5 årsperioden.

Ordningen med godkjenning/utløp av godkjenning til forskjellige tidspunkter, utfasing av tjenester som likevel ytes framover av leverandører inne i sin 5-årsperiode, vil stille krav til oppfølging i form av kontinuerlig, klar og tydelig informasjon til pasienter og andre mht. hvem som til enhver tilbyr hva under hvilken ordning.

Samlet ber Helse Midt-Norge RHF departementet vurdere en kortere godkjenningsperiode enn 5 år.

Når ny søknad om godkjenning er nødvendig

Departementet vurderer at det i utgangspunktet ikke skal være nødvendig å søke om ny eller endret godkjenning dersom det skjer andre endringer i virksomheten og disse endringene klart ikke angår hvem som er subjektet for tildeling og vilkårene for tildeling. Siden geografiske hensyn eller lignende ikke skal være en del av godkjenningsprosess, synes dette fornuftig.

Imidlertid mener Helse Midt-Norge RHF at det vil være nødvendig med en rapportering underveis av viktige endringer, for eksempel i endring av lokasjon.

Forvaltning av ordningen og godkjenningsmyndighetenes etterfølgende kontroll (kapittel 8 i høringsnotatet)

HELFOs ansvar for oppfølging av godkjente virksomheter

Det er i høringsnotatet foreslått at HELFO i sin oppfølging bl.a. skal bidra til godt samarbeid mellom offentlige og private leverandører, kontinuitet i behandlingsforløpet og dialog mellom HELFO, RHFene og leverandørene. Dette er gode intensjoner men det bør klargjøres hvordan dette skal gjøres i praksis, herunder hvem som har ansvaret for å ta initiativ.

Det er også foreslått at HELFO gjennom sin oppfølging skal bidra til å redusere risiko for at tjenesten avviker fra anbefalte faglige normer. Hvis det at tjenesten avviker fra anbefalte faglige normer anses som en risiko, bør HELFOs krav til godkjenning og dermed til tjenestene avspeile dette, og det må foreligge muligheter for sanksjoner hvis kravene ikke overholdes. Effekten av en oppfølging uten sanksjonsmuligheter vil i mange tilfeller kunne bli illusorisk.

Høringsnotatet sier videre: «HELFO skal i sin oppfølging være oppmerksomme på forhold som kan påvirke kvaliteten på tjenestene, for eksempel: Endring i faglige retningslinjer og oppfølging av dette hos leverandørene, endring i behandlingsskapasitet, bytte av ledelse eller ikke ubetydelige utskiftninger av personale.»

Etter Helse Midt-Norge RHF sin vurdering vil HELFOs mulighet til å oppdage slike forhold være minimal med mindre FBV-leverandører rapporterer jevnlig på forhold som berører kvaliteten på tjenestene.

Hvis HELFO konstaterer avvik fra faglige retningslinjer men ikke har stilt krav om at disse skal følges, og dessuten mangler sanksjonsmuligheter hvis avvik fra faglige retningslinjer og/eller lovpålagte krav brytes, kan det vanskelig ses hvilken hensikt rapporteringen/oppfølgingen har.

Samarbeid mellom HELFO og de regionale helseforetakene

Det bør avklares hvem som har det endelige ansvaret for at slikt samarbeid etableres og følges opp. Ønsket om «*en noenlunde lik oppfølging*» av de regionale helseforetakene og HELFOs oppfølgingsregimer vil betinge at vilkårene og kravene til leverandørene er noenlunde samsvarende.

HELFOs sanksjoner

Det er etter Helse Midt-Norge RHF's vurdering et langt gap mellom forhold som utløser pålegg fra tilsynsmyndighet og i tillegg skal klassifiseres som «kvalifiserte», og det Helse Midt-Norge RHF krever og sanksjonerer mot i sine avtaleforhold med private leverandører. Det kan altså i teorien oppstå en situasjon hvor klinikk x har avtale med et regionalt helseforetak som misligholdes på en slik måte at det regionale helseforetaket bruker dagsbøter, eller endog hever avtalen, og samtidig har FBV-avtale hvor samme forhold passerer ubemerket. Dette vil være uheldig, og vil også kunne bidra til at viljen hos RHF-leverandørene til å etterleve kontraktskrav reduseres.

Helse Midt-Norge RHF finner det uheldig at eksempelvis brudd på brannvernlovgivning ikke skal kunne gi grunnlag for tilbaketrekking av godkjenning. Dette vil i ytterste konsekvens kunne bety at klinikk x umiddelbart må stenge dørene til sine eksisterende lokaler grunnet pålegg fra branntilsynet, men beholder sin godkjenning og dermed kan starte opp i andre lokaler. Kan da HELFO som ansvarlig myndighet uten videre legge til grunn at driften i de nye lokalene vil være forsvarlig også i andre henseender enn de helsefaglige?

Det samme gjelder mulige brudd på arbeidsmiljølovgivningen, diskrimineringsloven, herunder manglende overholdelse av bestemmelser om lønns- og arbeidsvilkår for utenlandske arbeidstakere mv. Det kan virke lite tillitvekkende at slike tilfeller ikke skal gi grunnlag for tilbaketrekning av godkjenning.

Helsetjenester omfattet av ordningen; inn- og utfasing av fritt behandlingsvalg (kapittel 9 i høringsnotatet)

Mekanisme for innfasing og utfasing av tjenester i ordningen

Selve mekanismen for innfasing av tjenester slik den er beskrevet virker fornuftig. Både ventetider, sårbarhet ift. nøkkelpersonell/kompetanse og likeverdig tilgang til helsetjenester ligger til grunn. Imidlertid framstår det som pragmatisk, og i motsetning til måten regionene vanligvis legger opp prosessene ved anskaffelser av private spesialisthelsetjenester, at en starter prosessen med å vurdere tilbudssiden (hvilke tjenester de private organisasjonene ønsker å tilby), i stedet for å starte med en vurdering av behovet for tjenester.

Når det gjelder mekanismen for utfasing er dette lite beskrevet i høringsnotatet, men overbehandling og indikasjonsglidning er nevnt som faktorer som skal inngå i vurderingene. Det å ta bort et tilbud er vanskelig. Departementet bør vurdere om det i forkant er mulig å sette opp noen måltall som sier noe om når ordningen innenfor et område bør avvikles. Derfor bør det også utvises stor varsomhet i konsultasjonene med de private der blant annet «ledig kapasitet»

skal være en del av vurderingene. Det er viktig å unngå at helsetjenestene blir mer tilbudsrevet enn de allerede er.

Særlig om innfasing av somatiske tjenester

Helse Midt-Norge RHF mener det må gjøres en tydeligere beskrivelse av hva de enkelte tjenestene omfatter slik at det også er klart hva som betales for. Dette er særskilt viktig for ulike typer utredninger, der pasienten sannsynligvis vil fortsette sitt behandlingsforløp et annet sted.

Helse Midt-Norge RHF finner at det er uklart bruk av begreper i oppramsingen av hvilke tjenester som skal omfattes. Det er brukt benevnelse som *behandling, operasjon, utredning og behandling*, eller bare *diagnose*. Spørsmålet er hvorvidt terminologien er tilfeldig eller valgt for å skille ut deler av et forløp;

- Om behandlingen omfatter utredning, behandling og oppfølging
- Om operasjon kun omfatter operasjon og ikke utredning og oppfølging
- Om diagnosen forstås som utredning, behandling og oppfølging av denne diagnosen

Videre er begrepet *enkle utredninger* veldig lite avgrensende, fordi det ikke er klart om det er «enkel» før utredningen er ferdig. Om det er en godarta prostata eller kreft vet en først når undersøkelsen er gjort og undersøkelsen må være så avansert at den avdekker kreft hvis det er årsaken.

Helse Midt-Norge RHF vil også poengtere at det er særdeles viktig at innfasingen er godt styrt og helsefaglige hensyn som nøkkelpersonell og utdanning ivaretas for å unngå uheldige konsekvenser for de offentlige sykehusene.

Særlig om innfasing av psykisk helsevern og rus

Helse Midt-Norge RHF støtter departementets forslag til hvilke grupper som bør holdes utenfor innfasing av FBV-ordningen, men mener at også flere pasientgrupper bør holdes utenom ordningen. Samlet foreslår Helse Midt-Norge at følgende grupper holdes utenfor FBV-ordningen;

- Pasienter med kombinasjon av ruslidelse og psykisk sykdom, samt alvorlig somatisk sykdom, og pasienter på tvang iht. HOTL§10 og PHL§3 som krever bredt samarbeid og langvarig oppfølging sammen med kommunene. De får ofte oppfølging av ambulante tjenester over lang tid.
- Lavfrekvente sykdommer som krever spesialisert kompetanse - bare få behandlere med god kompetanse kan skaffe seg erfaring med pasienter med sjeldne lidelser, derfor bør de ikke spres på flere.
- Barn og unge som trenger innleggelse er lavfrekvent gruppe og bør ikke spres på flere. Dessuten opprettholdes behandlingsrelasjonene ofte ved oppfølging sammen med kommunene i etterkant av innleggelse og ved poliklinikk. Barn/unge der behovet er familiebehandling bør sees under det samme.
- De alvorligste spiseforstyrrelser (livstruende lav vekt, lang varighet og ulik komorbiditet) bør holdes utenfor og legges inn i spesialavdelinger der de får en tredjelinjetjeneste (ofte regionale funksjoner) og der tredjelinjen skal sørge for samarbeid med lokalt helseforetak og kommunale tiltak i oppfølgingstiltak. I Helse Midt-Norge RHF er det regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)

ved Helse Nord-Trøndelag HF som gir døgntilrettelagt behandling til de alvorligst syke med spiseforstyrrelser.

- Pasienter med alvorlig psykisk sykdom, komorbiditet, et funksjonsnivå som krever tilrettelegging av lokalmiljø og langvarige og koordinerte tjenester bør holdes utenfor.
- For TSB legger departementet til grunn at døgntilrettelagt behandling for personer med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser kan innlemmes i ordningen. Det er Helse Midt-Norge RHF's vurdering at gravide rusmisbrukere som ikke er underlagt tvang også bør unntas, da de ofte har behov for spesialiserte avdelinger og disse sakene kan det fort bli tvangsvedtak på. Det er viktig at disse ikke glipper i vekslings mellom tjenester og nivå.
- Avgiftning, behandling der pasienten soner en fengselsstraff (§12 i straffegjennomføringsloven) bør ikke inngå i ordningen. Dette krever særskilt tilrettelegging og spesialisert kompetanse.

Helse Midt-Norge RHF støtter ellers at FBV-ordningen kan omfatte:

- Alvorlig angst, depresjon og traumatiske lidelser
- Spiseforstyrrelser (med unntak nevnt over)
- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusproblem
- Alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse
- Alle typer avhengighet (med unntak nevnt over)
- Personer med samtidig rusproblematikk og omfattende rusproblem (med unntak av gravide rusmisbrukere som ikke er underlagt tvang)

Begrepet «alvorlig» brukes også for de som skal omfattes av FBV, dette for å unngå at skillet mellom dem som skal ha poliklinisk behandling og de som skal ha innleggelse på døgntilrettelagt blir endret/forflytter seg.

For å oppnå et godt samarbeid med kommuner vil geografiske forhold spille inn, det er vanskelig å oppnå godt samarbeid med kommuner som ligger i stor avstand fra behandlingstilrettelagte tjenester.

Helse Midt-Norge RHF er av den oppfatning at det bør settes en øvre grense for varigheten av døgntilrettelagt behandling, i form av krav til normaltidsbruk for gjennomføring. Dette kan gjøres etter modell fra pakkeforløpene eller ved at eksempelvis vurderingene inkluderer en oppfatning av normaltidsbruk. Bruk av standardiserte pasientforløp/pakkeforløp vil sikre at pasienten får den kvalitet som ønskes. I dette kan standardisert tidsbruk ligge fordi forløp skal inneholde evalueringstidspunkter/standardiserte milepælsvurderinger som justerer videre forløp.

Hensiktsmessigheten av opphold over 6 måneder bør vurderes i samråd med helseforetakene. Når det gjelder TSB må det ligge til grunn en tverrfaglig uttalelse om behandlingsbehov og det må stilles samme krav som i øvrig spesialisthelsetjeneste.

Departementet har særskilt bedt om tilbakemelding på om tilbud til barn og unge med behov for døgntilrettelagt behandling skal innføres i FBV. Når det gjelder unge i TSB så har de omfattende hjelpebehov og bør inn på spesialiserte avdelinger som er definert for og tilrettelagt for målgruppen. Det er særdeles viktig å se døgntilrettelagte tjenester i sammenheng med ambulant tjeneste og poliklinikk både før, under og etter døgntilrettelagte tjenester.

Prisfastsettelsen (Kapittel 10 i høringsnotatet)

Foreslått modell for prisfastsetting

Helsedirektoratet skal årlig fastsette priser innenfor rammer og prinsipper fastsatt av departementet. Av hensyn til konfidensiell informasjon rundt anbudspriser skal det tas utgangspunkt i gjennomsnittspriser i kjøpsavtaler hos de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i gjennomsnittsprisen skal det beregnes et sjablongmessig fratrekk. Størrelsen på fratrekket skal knyttes til kunnskap om kostnadsstruktur og prisvariasjon for den aktuelle tjenesten. Det antas at prisen i et slikt system oftest vil ligge under laveste anbudspris men kan i noen tilfeller også ligge noe over laveste anbudspris. Oppfølging av anbudspriser og årlig oppdatering av priser på tjenestene skal sikre at kostnadene for staten ikke øker sammenlignet med økt bruk av anbud.

Revidering av prisene må ta hensyn til prisutvikling som framkommer i anskaffelsene som de regionale helseforetakene gjennomfører. Fritt behandlingsvalgpriser for døgntilrettelagt innen psykisk helsevern og TSB samt enkelte somatiske tjenester skal fastsettes samtidig som forskrift for fritt behandlingsvalg trer i kraft. Priser og tjenestedefinisjoner skal fastsettes og kunngjøres av Helsedirektoratet sammen med annen relevant informasjon til leverandører.

Prising uten anbudspriser

For behandling hvor en mangler anbudspriser kan prisen kobles mot kostnaden i offentlige sykehus. Gjennom innsattsstyrt finansiering for somatisk behandling har en gjennomsnittlig kostnad pr DRG på sykehusnivå. DRG er i mange tilfeller en for grov kategorisering av flere ulike behandlinger. Fritt behandlingsvalgprisen må settes på et lavere nivå enn DRG, på prosedyrenivå, for å unngå at private leverandører får urimelige høy fortjeneste ved å behandle de minst ressurskrevende pasientene innenfor samme DRG. Det gjelder uavhengig om en bruker KPP eller kostnad per DRG.

Mål på kostnader per pasient vil være bedre egnet enn kostnader per DRG. Slike data foreligger i dag kun hos noen få helseforetak. KPP-data vil foreligge på en systematisk og sammenlignbar form for alle helseforetak fra 2017, jf. krav i foretaksprotokollen for 2015. Det er utviklet og tatt i bruk lokale KPP ved noen få sykehus i landet. Helsedirektoratet har i brev til landets regionale helseforetak av 17.06.2015 vist til Sykehuset i Vestfold (SiV) som har utviklet og tatt i bruk KPP til kvalitetssikring og styring. Helsedirektoratet stiller spørsmål om disse lokale beregningene kan gi grunnlag for prising av tjenester som tenkes innføres ved oppstart av FBV-ordningen. For å kunne sammenlignes med priser/kostnader hos private er det en forutsetning at KPP-dataene korrigeres for kostnader de offentlige sykehusene har men som de private sykehusene ikke har, som for eksempel kostnader til akuttberedskap og utdanning. Samtidig må det avklares om KPP-data inneholder kapitalkostnader eller ei.

Helse Midt-Norge RHF mener det er svært uheldig å benytte lokale KPP. Sammenligninger mellom de beregnede KPP fra SiV og de priser Helse Midt-Norge RHF betaler for enkelte av de foreslåtte tjenestene, viser til dels store gap. Helse Midt-Norge RHF vil derfor tilrå at en venter til nasjonale KPP kommer på plass, før KPP brukes til prising i FBV-ordningen.

Sammenligning mot kostnader i offentlige sykehus gir bare en indikasjon mot kostnadseffektiviteten sammenlignet mot offentlige sykehus og ingen garanti for kostnadseffektivitet sammenlignet med bruk av anbud. Kun bruk av anbud vil sikre lavest mulig pris.

Helsedirektoratet har gjennom sitt årlige arbeid med revidering av kostnadsvektene til DRG-finansieringen god tilgang til kostnadsdata for somatiske tjenester fra alle helseforetak. Inntil det

foreligger nasjonale data på kostnad per pasient mener Helse Midt-Norge RHF det er mest hensiktsmessig å knytte beregning av priser for fritt behandlingsvalg opp mot kostnadsvektene i den innsatsstyrte finansieringen. Med utgangspunkt i gjennomsnittskostnad pr DRG/prosedyre kan det beregnes et sjablongmessig fratrekk. Størrelsen på fratrekket kan knyttes til kunnskap om kostnadsstruktur og prisvariasjon for den aktuelle tjenesten. Her vil en også være avhengig av å bruke skjønn for å kunne si noe om størrelsen på sjablongbeløpet. Dette fordi det kan være relativt stor forskjell på kostnader på de ulike prosedyrer som inngår i en DRG for enkelte av DRG-ene. Etter fratrekk vil prisen ligge under gjennomsnittskostnad pr DRG/prosedyre. Priser kan oppdateres årlig etter at Helsedirektoratet har gjennomført sin årlige revidering av kostnadsvektene.

Prisfastsetting/psykisk helse og TSB

For døgnbaserte tjenester innen psykisk helsevern og TSB finnes ingen nasjonale stykkprisordninger og fastsetting av pris overfor private gjøres på avtalebasis blant annet med utgangspunkt i priser per oppholdsdøgn. I tråd med dette legger høringsforslaget opp til en prisstruktur i godkjenningsordningen innenfor psykisk helsevern og TSB basert på priser per oppholdsdøgn. Dette gir svake økonomiske incentiver til å begrense varighet.

Det er en forutsetning at det foreligger klart definerte krav og mål på innholdet og kvalitet på tjenesten dersom en skal innføre en nasjonal pris per oppholdsdøgn. Det kan eksempelvis være krav til gjennomsnittlig liggetid, fagkompetanse og bemanningsfaktor per døgnplass. I dag regulerer de regionale helseforetakene dette gjennom avtaler med leverandørene. Finansiering per kurdøgn stimulerer ikke til effektive pasientforløp. Det viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid i somatikken etter innføring av innsatsstyrt finansiering. For å stimulere til mer effektive behandlingsforløp kan pris per oppholdsdøgn være fallende med økende oppholdstid. For eksempel en pris for døgn 1-30, en lavere pris for døgn 31-90, og enda lavere pris for døgn 91 og utover.

Behov for differensiering av priser:

I dag eksisterer prisavtaler for gjestepasientoppgjør mellom regionene for TSB og psykisk helsevern for voksne. På grunn av lavt volum er ikke barn- og ungdomspsykiatrien omfattet av avtalene. Det er egne priser pr døgn for behandling ved sykehusavdelinger og DPS-avdelinger. I tillegg er det egen døgnpris for tyngre sikkerhetsavdelinger.

På lengre sikt skal data for kostnader per pasient også omfatte psykisk helsevern og TSB. Det vil komme først etter 2017 når det skal foreligge nasjonale KPP-data for somatikk. KPP-data innenfor psykisk helsevern og TSB vil være et viktig bidrag til å få på plass en innsatsstyrt finansiering av også denne delen av behandlingstilbudet. Først da vil en ha et godt grunnlag for å definere nasjonale fritt behandlingsvalgpriser for døgnbehandling innen psykisk helsevern og TSB.

Finansieringsmodell

I dagens nasjonale finansieringsmodell fordeles midlene ut fra behov i befolkningen. Regionene får finansiering for å dekke behovet for spesialisthelsetjeneste for egen befolkning iht. sørge for ansvaret. De enkelte regioner må dekke kostnadene knyttet til egen befolkning uavhengig av hvem og hvor behandlingen utføres.

I tråd med gjeldene finansieringsmodell legger departementet opp til at de offentlige sykehusene skal dekke kostnadene knyttet til behandlingen hos private med godkjenning for egen befolkning innenfor egne bevilgninger. Det er i tråd med hensynet til en enhetlig finansiering av de regionale helseforetakene og vil motvirke skjevfordeling og økonomiske tilpasninger. Helse Midt-Norge

RHF støtter dette og kan ikke se bedre løsninger innenfor rammene av dagens finansieringsmodell.

Oppgjørsordninger

Det skal etableres oppgjørsordninger for tre ulike pengestrømmer knyttet til aktiviteten i godkjenningsordningen:

- Betaling fra HELFO til godkjent leverandør i henhold til gjeldene prislister.
- Betaling fra regionalt helseforetak til HELFO som dekker HELFO's betalinger til private med godkjenning.
- ISF-refusjon fra staten til det regionale helseforetaket for aktivitet hos private med godkjenning som utløser ISF-refusjon.

For betaling fra HELFO til godkjent leverandør er det foreslått å etablere en ny oppgjørsløsning i HELFO som skal bygge på samme prinsipper og system som HELFOS øvrige oppgjørsordninger mot private aktører.

ISF-refusjon skal foregå i tråd med dagens system. Det framgår av høringsutkastet at departementet ønsker at betaling fra regionalt helseforetak til HELFO etableres etter samme modell som oppjøret for H-reseptordningen. I og med at oppgjørsordningen vedrørende H-reseptordningen er under utredning er det noe vanskelig å uttale seg om foreslått ordning blir tilfredsstillende. Helse Midt-Norge RHF har fått oversendt et løsningsforslag utarbeidet av Nasjonal IKT vedrørende oppgjørsordningen. I denne forutsettes det at det skal skje en viderefakturerings av kostnadene fra HELFO til helseforetakene. I og med at den ordningen gjelder legemidler forutsetter vi at spesifiseringen av ytede varer skjer iht. et artikkelregister basert på legemidlers varenummer.

Per i dag foreligger det ikke tilsvarende felles nasjonalt artikkelregister for tjenester.

Uavhengig av løsning må denne sikre at det foretaket (RHF eller HF) som blir belastet for kostnadene mottar kjøpsdokumentasjon spesifisert i henhold til bokføringslovens og -forskriftens bestemmelser. Dette innebærer bl.a. at de fakturerte tjenester til foretaket skal la seg etterprøve og at kontrollsporet er ivaretatt fra mottatt faktura hos foretaket og tilbake til FBV-leverandørens salgsdokumentasjon.

Videre legger vi til grunn at viderefaktureringsen som skjer fra HELFO til RHF, eventuelt HF, skjer løpende eller minst månedlig, jf. bokføringsregelverkets bestemmelser.

Blant annet på grunn av ulike systemløsninger for økonomi og logistikk stiller helseregionene ulike krav til sine leverandører mht. utfylling av faktura. Dette gjelder særlig mht. økt bruk av EHF-fakturaer og andre EHF-dokumenter. Det må stilles krav til HELFO at de leverer fakturaer til helseregionene iht. gjeldende standarder for EHF og at HELFO etterkommer den enkelte helseregions krav til hodeinformasjon på faktura. Videre er det med dagens systemløsninger etablert ulike løsninger for oversendelse av fakturainformasjon for å ivareta sikker håndtering av personopplysninger. Dette forutsettes også ivaretatt uten unødvendig manuelle rutiner.

Uavhengig av HELFOs kontroller har den enkelte regnskapspliktige (RHF eller HF) et selvstendig ansvar for å sikre at det foreligger tilfredsstillende dokumentasjon og kostnadskontroll. I høringsutkastet framgår det at HELFO foretar detaljkontrollen av inngående faktura fra FBV-leverandørene. Helse Midt-Norge RHF finner det også naturlig at HELFO foretar nødvendige kontroller og avstemminger mellom fakturerte kostnader pr. helseregion og innrapportert aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Løpende oppfølging av eventuelle avvik og håndtering av kreditnota må ivaretas av HELFO dersom foreslått modell skal legges til grunn.

Det er viktig at de godkjente leverandørene registrerer og rapporterer aktivitet til NPR og at de påser at fakturert aktivitet er i tråd med det de har registrert i Norsk pasientregister (NPR). Både de regionale helseforetakene og HELFO vil ha behov for å avstemme og kontrollere fakturert volum mot registrert aktivitet i NPR, jf. ovenfor. Det gjelder aktiviteten både innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB. For somatisk aktivitet vil registrert aktivitet i NPR i tillegg danne grunnlag for innsatsstyrt finansiering.

Økonomisk ansvar ved fristbrudd

Utgangspunktet er at virksomheten som har behandlingsansvaret for pasienten også har det økonomiske ansvaret for fristbrudd. Dette gjelder uansett om det er offentlig sykehus eller private leverandører.

Departementet finner det urimelig at private med godkjenning skal være økonomisk ansvarlig for fristbrudd, hvis det allerede når pasienten velger behandlingssted er klart at virksomheten ikke kan oppfylle fristen. Pasienten må da gjøres oppmerksom på at dersom hun likevel vil stå på venteliste, bortfaller retten til å velge et annet behandlingssted på det offentliges regning ved fristbrudd. Med et slikt forbehold vil departementet at private med godkjenning skal bære det økonomiske ansvaret for pasienter de har påtatt seg behandlingsansvaret for. Denne mekanismen gjelder ikke for de offentlige virksomhetene.

Informasjon til pasienten blir svært viktig med en slik ordning hvor pasienten sier fra seg sin rettighet til å velge et annet behandlingssted på det offentliges regning ved fristbrudd. Det må tydeliggjøres hvem som har informasjonsplikten overfor pasienten. Dersom det sikres at pasienten har god informasjon av konsekvensen ved sitt valg virker det fornuftig at det økonomiske ansvaret følger behandlingsansvaret.

Dersom FBV-leverandøren varsler at de ikke har kapasitet til å behandle innen fristen må HELFO søke å finne andre. Det er pasientens bostedsregion som hele tiden har sørge for ansvaret og også behandlingsansvaret med behandlingsfrist inntil en FBV-leverandør bekrefter at de tar på seg behandlingsansvaret med påfølgende behandlingsfrist. FBV-leverandørene tar ikke over behandleransvaret og behandlingsfristen før de har varslet vurderingsinstansen om dette. Helse Midt-Norge RHF mener at FBV-leverandørene må ha kort svarfrist på om de påtar seg behandlingsansvaret eller ei. Det er viktig at slik svarfrist framgår klart i forskriften eller gjennom evt. annen regulering

Hva prisene omfatter - komplikasjoner etter behandling

Helse Midt-Norge RHF viser til at det i mange utredninger må gjøres tilleggsundersøkelser, for eksempel røntgen eller tilleggsbehandling (for eksempel fysioterapi). Det er viktig at det presiseres hva som ligger innenfor prisen som gjelder for aktuell tjeneste. I prinsippet skal FBV-leverandøren ta ansvar for alle komplikasjoner og merutgifter i prosessen. Det må derfor være tydelig beskrevet hva prisen omfatter og hva som kan betraktes som viderehenvisninger fordi det foreligger annen sykdom.

Det legges opp til at prisene innenfor somatikk skal inkludere alle deler av pasientforløpet, dvs. både preoperativ konsultasjon, inngrep og oppfølging, og eventuelt reoperasjon. Departementet tror et slikt kostnadsansvar for komplikasjoner eller reoperasjon vil gi private med godkjenning et økonomisk insentiv til behandling av god kvalitet. Det vil også være i tråd med gjeldene praksis for private med avtale. Helse Midt-Norge RHF deler oppfatningen av at en slik ordning vil fremme kvaliteten i behandlingstilbudet og støtter at prisene innenfor somatikk skal inkludere alle deler av pasientforløpet.

Endringer i pasientskadelovens forskrifter (kapittel 11.5 i høringsnotatet)

Det er foreslått at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) skal kreve inn egenandel fra private med godkjenning i saker hvor det blir gitt medhold. Helse Midt-Norge RHF støtter dette forslaget ut fra prinsippet om likebehandling.

Finansieringsansvaret for kostnader forårsaket av offentlige sykehus ble overført til helseregionene for flere år siden. Helse Midt-Norge RHF har også videreført finansieringsansvaret for kostnader forårsaket av offentlige sykehus til våre underliggende helseforetak slik at foretakene må dekke de faktiske kostnadene ved de skadene som blir forvoldt av sykehus innenfor eget helseforetak (og ikke bare egenandelen). Dette som et virkemiddel for å bidra til økt fokus på årsakene til erstatning og motivasjon til skadeforebyggende tiltak.

Økonomiske og administrative tilpasninger (kapittel 13 i høringsnotatet)

IKT-tilpasninger

I høringsnotatets kapittel 13.2 er det påpekt at helseregionene har ulike pasientadministrative systemløsninger og at dette fortsatt vil kunne kreve både elektroniske og manuelle rutiner. Den samme utfordringen gjelder i forhold til helseregionenes økonomi- og logistikksystemer. Enkelte helseregioner har systemløsninger som tilfredsstiller kravene til elektronisk håndtering av personopplysninger, mens andre helseregioner/helseforetak har etablert ulike rutiner for manuell håndtering av inn- og utgående faktura med personopplysninger. Det er etter Helse Midt-Norge RHF sin oppfatning ønskelig at man utnytter de elektroniske og automatiserte løsningene som forutsatt. Det bør derfor tas høyde for at oppgjørsordningen må tilrettelegges med noe ulike løsninger for RHF/HF.

Andre momenter

Helse Midt-Norge RHF er opptatt av at effekten og utviklingen av FBV-ordningen må følges nøye. Det bør derfor etableres følgeforskning slik at en både kan vurdere effekten av ordningen og også korrigere mulige negative utslag underveis.

Kommentarer til selve ordlyden i forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten

Helse Midt-Norge RHF vil med dette også foreslå en tydeliggjøring av selve ordlyden i enkelte av forskriftens paragrafer.

§ 1

- a) vilkårene for å gi private virksomheter rett til å yte helsehjelp mot betaling fra staten og trekke en godkjenning tilbake

foreslås endret til:

- a) vilkårene for å gi private virksomheter rett til å yte helsehjelp mot betaling fra staten og *for* å trekke en godkjenning tilbake

§ 2

- b) *hvorvidt* virksomheten på søknadstidspunktet er under tilsyn.....
- c) *hvorvidt* virksomheten er registrert.....

§ 3 siste setning:

En søknad om godkjenning sendes HELFO

foreslås endret til:

Søknad om godkjenning sendes HELFO

§ 4

.....kan HELFO avgjøre at godkjenning ikke skal gis

foreslås endret til:

.....kan HELFO *beslutte* at godkjenning ikke skal gis

§ 5

Det kan søkes om at godkjenningen forlenges med 5 år av gangen.

foreslås endret til:

Det kan søkes om at godkjenningen *forny*es for 5 år av gangen.

Det sies i høringsnotatets punkt 6.6 at «... er departementet av den oppfatning at godkjenning skal gis for fem år av gangen, og at den automatisk faller bort etter dette. Det vil innebære at alle virksomheter som er inkludert i ordningen må søke om ny godkjenning etter en periode på 5 år». En godkjenning som er falt bort kan ikke forlenges, da må den fornyes.

§ 9

Opplysningene kan innhentes fra helsepersonell som har ytet helsehjelp til pasienten og pasientens journal, uten hinder av taushetsplikt.

foreslås endret til:

Opplysningene kan innhentes fra helsepersonell som har ytet helsehjelp til pasienten og *fra* pasientens journal, uten hinder av taushetsplikt.

§ 10

- b) en tilsynsmyndighet har avgjort at den godkjente virksomheten bryter med kravene etter helselovgivningen.

Her bør det presiseres om man mener endelig avgjort, altså etter at all klagebehandling er avsluttet, rettskraftig avgjort, altså etter at evt. domstolsbehandling er avsluttet, eller om man mener etter at 1. instans har avgjort.

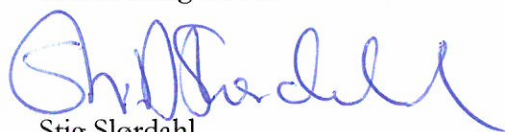
§ 13

Virksomheten, når denne har akseptert behandlingsansvaret for en pasient, skal bære det.

foreslås endret til:

Virksomheten *skal*, når denne har akseptert behandlingsansvaret for en pasient, *bære det*.

Med vennlig hilsen



Stig Slørdahl
administrerende direktør



Ingerid Gunnerød
direktør stab og prosjektstyring