

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår referanse:

15/00603-2

Saksbehandler:

Berit Herlofsen, +47 480 75 966

Deres referanse:

Dato:

24.08.2015

## Høring - forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev sendt 29. april 2015 der det bes om hørings svar innen 21. august 2015 til høringsnotatet om forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg. Helseforetakene er egne høringsinstanser, men høringen har vært drøftet regionalt. En uttalelse fra Helse Sør-Øst RHF sitt fagråd for TSB vedlegges, i og med at dette fagområdet vil stå sentralt ved oppstarten av fritt behandlingsvalg. Brukerutvalgets uttalelse vedlegges også. Det legges opp til å følge høringsnotatets disposisjon, men høringssvaret vil bestå av to hoveddeler; en innledning/overordnet tilbakemelding, og en del som har kommentarer til enkeltkapitler og bestemmelser. Deretter en kort avslutning til slutt.

### 1. Overordnet tilbakemelding og oppsummering av konkrete forslag

Helse Sør-Øst RHF viser innledningsvis til høringssvaret som RHFet avga 16.9.2014, da selve ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) var på høring. Helse Sør-Øst RHF hadde den gang prinsipielle innvendinger mot å etablere en ordning med kjøp av tjenester fra private uten anbud, og utenfor RHFenes sørge-for ansvar, samt en del kritiske innspill til enkeltdeler i forslaget slik det da forelå.

Etter dette er en del av innvendingene imøtekommet gjennom de endringer som kom i lovproposisjonen og det som nå er vedtatt. Likevel er det Helse Sør-Øst RHF sin oppfatning at FBV, slik ordningen nå er presisert i forslaget til forskrift, fortsatt gir grunn til bekymring for flere av de utfordringene Helse Sør-Øst RHF beskrev i vårt forrige hørings svar. Helse Sør-Øst RHF viser i denne forbindelse til våre kommentarer knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet, herunder det å sikre avklarte ansvarsforhold og gode pasientforløp, god prioritering og styring av ressursbruk. Etter vår oppfatning synliggjør utkastet til forskrift at det å kjøpe fra private godkjente virksomheter som skal kunne yte helsetjenester uten volumbegrensning, vil kunne gi utfordringer både for pasienter, den offentlige helsetjenesten og for private med RHF-avtale. Videre mener Helse Sør-Øst RHF utkastet til forskrift vil kunne utfordre ivaretagelse av viktige samfunnshensyn, herunder det å sikre god kontroll med bruk av offentlige midler.

*Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av private ideelle sykehus, private leverandører og avtalespesialister.*

Det at FBV nå er vedtatt, gjør imidlertid at Helse Sør-Øst RHF vil ha fokus på hvordan reformen kan gjennomføres på best mulig måte. I tillegg til vår uttalelse til foreliggende forslag, vil Helse Sør-Øst RHF derfor kun gjenta tidligere innspill i den grad dette bidrar til å konkretisere våre synspunkter bedre slik at FBV kan bli en best mulig ordning for pasientene.

Helse Sør-Øst RHF foreslår i det følgende noen konkrete endringer, samt anmoder departementet om å vurdere å klargjøre/presisere enkelte punkter. De konkrete endringene Helse Sør-Øst RHF foreslår kan innledningsvis oppsummeres slik:

- En eventuell utfasing av en tjeneste må få konsekvenser for alle som yter tjenesten gjennom FBV, også de som er i en godkjenningsperiode.
- Å korte ned godkjenningsperioden, for eksempel til to år, dersom departementet opprettholder forslaget om at det ikke skal få konsekvenser for godkjenningen at en tjeneste fases ut i godkjenningsperioden, jf. forrige punkt.
- Å legge til rette for at det direkte eller indirekte kan settes et øvre tak på varighet av helsehjelpen, for eksempel i form av normaltids for gjennomføring, enten gjennom en bedre definering av tjenestene som innføres i FBV og/eller gjennom å sikre at det foreligger tilstrekkelige føringer i faglige retningslinjer, for eksempel etter modell fra pakkeforløpene.
- At færre pasientgrupper inkluderes enn det som nå er foreslått for psykisk helsevern og TSB, se punkt 2.4 under overskriften "Særlig om innfasing av psykisk helsevern og TSB".
- At det presiseres at godkjente virksomheter skal følge beslutninger som tas i det nasjonale systemet for innføring av nye metoder samt de til enhver tid gjeldende faglige retningslinjer, for de tjenester som omfattes av forskriften § 11.
- Å åpne for å kunne kreve at FBV-leverandører deltar i helsepersonells utdanning.
- At HELFO bør få adgang til å suspendere en godkjenning, for eksempel i påvente av Helsetilsynets behandling av en alvorlig tilsynssak.

Helse Sør-Øst RHF kommenterer også spørsmål knyttet til prissetting, og mener at det er svært viktig at det legges opp til relativt lave priser for ikke å undergrave regelverket om offentlige anskaffelser og risikere å konkurrere ut institusjoner som har oppnådd sine avtaler gjennom konkurranser tilpasset helseforetakenes faktiske behov.

Helse Sør-Øst RHF har ingen merknader til de foreslåtte endringene i øvrige forskrifter.

Når det gjelder begrepsbruk, kan det være forvirrende at fritt behandlingsvalg nå både brukes som betegnelse på den nye fellesrettigheten "rett til fritt behandlingsvalg" som omfatter dagens rett til fritt sykehusvalg, og som en snevrere betegnelse på selve ordningen der private kan godkjennes til å yte tjenester mot betaling fra staten på definerte fagområder, som jo denne høringen gjelder. Når forkortelsen FBV/FBV-ordningen benyttes i det følgende, er det i den siste betydningen av begrepet, dvs muligheten til å få godkjenning til å yte tjenester gjennom fritt behandlingsvalg.

## 2. Kommentarer til enkeltkapitler og bestemmelser

### 2.1 Tildeling av godkjenning

#### Generelt

Det fremgår av høringsnotatet at målet med godkjenningsordningen er å lage et system som ivaretar pasientens rett til å kunne velge en privat leverandør til utførelse av helsehjelpen samtidig som systemet blir oversiktlig og gjennomførbart. En av de viktigste endringene som ble gjort etter første høringsrunde, var at godkjenningsordningen nå ikke åpner for skjønnsmessige vurderinger av om godkjenning skal/ikke skal gis, og at helsepolitiske hensyn skal ivaretas gjennom vurderingen av om en tjeneste skal fases inn eller ut (jf. punkt 9.2.3 i Prop. 56 L (2014-2015) og punkt 3.2.1 i Innst. 224 L (2014-2015)). Utkastet til forskrift oppstiller følgelig mer objektive, overordnede krav til godkjenning, uten rom for mer skjønnsmessige vurderinger. Departementet viser i denne forbindelse til at godkjenningsordningen derved blir mer enkel og mindre ressurskrevende å administrere. Helse Sør-Øst RHF antar imidlertid at denne løsningen også ble valgt for å sikre at ordningen ikke vil komme i strid med anskaffelsesregelverket eller den kommende tjenstekonsesjonsforskriften. HELFO vil derved få begrensede muligheter til å avslå søknader om godkjenning basert på skjønnsmessige vurderinger når søker formelt oppfylle vilkårene og det ikke skal skje noen utvelgelse. Dette kan få uheldige konsekvenser.

Det er videre et mål fra myndighetenes side å ha oversikt over hva som ytes av spesialisthelsetjenester, sikre god kvalitet på tjenestene og ha kontroll med bruken av offentlige midler.

Helse Sør-Øst RHF mener at den foreslåtte godkjenningsordningen ikke vil oppnå alle disse målene, og utdyper dette nedenfor.

#### *Kontroll med bruk av offentlige midler*

Helse Sør-Øst RHF mener at godkjenningsordningen ikke oppnår å legge godt nok til rette for å få kontroll med bruken av offentlige midler. Dette fordi det ikke er foreslått at det skal være et øvre tak for leveranser av tjenester, verken generelt eller når det gjelder varighet på helsehjelpen, ingen begrensning på antallet leverandører som godkjennes, samt at det ikke kan oppstilles presise krav til målgruppe og kvalitet. I tillegg kan fem års godkjenning synes som lang tid dersom det ikke legges inn som en forutsetning at varigheten forkortes i de tilfeller en aktuell tjeneste fases ut i godkjenningsperioden. Siden det ikke vil være en avtalerelasjon mellom HELFO og FBV-institusjonen, kan det ikke legges opp til en tilsvarende tett oppfølging som en avtale kunne åpnet for. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at departementet bør vurdere å begrense ordningen både når det gjelder volum, antall aktører og varighet.

I tillegg mener Helse Sør-Øst RHF det også bør settes et øvre tak for varighet av helsehjelpen, for eksempel innen TSB i form av krav til normaltids for gjennomføring. Se mer om TSB nedenfor under overskriften *Særlig om innføring av psykisk helsevern og TSB*. Helse Sør-Øst RHF mener det må være mulig å legge inn en slik begrensning selv om faglige føringer om behandling ikke skal gis gjennom godkjenning, men ved faglige retningslinjer. Eventuelt kan departementet klargjøre at tidsmessig normering kan tas inn i faglige retningslinjer dersom det er faglig grunnlag for det. Tidligere har det vært tvil om hvorvidt faglige retningslinjer kan inneholde standardisert varighet for ulike typer tilstander. Helse Sør-Øst RHF foreslår at det parallelt med at nye tjenester/metoder fases inn, for eksempel kan utarbeides faglige føringer om innhold etter modell av pakkeforløpene slik regjeringen nå foreslår for psykisk helsevern. Dette vil antakelig indirekte

kunne bidra til en standardisering av varighet som samtidig ivaretar forsvarlighet. Dersom man velger å ta inn behandlingstilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser i FBV, vil behovet for normering av langtidsbehandling være stort for psykisk helsevern.

Enkelte av de private som vil søke godkjenning gjennom FBV har allerede et avtaleforhold med et RHF som gir dem kompetanse til å rettighetsvurdere henvisninger. Rettighetsvurderingen som ligger til grunn for ”inngangen” til FBV vil derfor ikke bare gjøres av våre egne helseforetak, men også av private. Det er viktig å sikre at ”portvaktfunksjonen” blir forsvarlig ivaretatt, herunder at det gjøres enhetlige vurderinger slik at pasienter gis riktig prioritet og at FBV-ordningen ikke utvides til å omfatte tjenester som i henhold til vanlig oppgavefordeling skal ivaretas av kommunene. Dette kan bli en enda mer aktuell problemstilling dersom rettighetsvurderingene etter hvert også skal kunne gjøres av avtalespesialister, jf. pilotene om dette som nå er på gang.

#### *Kvalitet*

Statens metoder for styring og ulike reguleringsmetoders egenskaper (eierskap, avtale regelverk) diskuteres i høringsnotatets punkt 6.1.2.2. Her tas det bl.a opp at det ikke er riktig å fastsette krav i forskriften om kompetanse knyttet til bemanning. Departementet viser igjen til at helsefaglige føringer skal gis av relevante myndighetsorgan og fagmiljøet selv, mens forskriftsregulering av spesialisthelsetjenesten i vår regelverkstradisjon mer er basert på generelle/prinsipielle bestemmelser. Helse Sør-Øst RHF deler dette utgangspunktet, men tror samtidig at nettopp dette vil gjøre det vanskeligere å sikre at private uten avtale yter kvalitative tjenester utover den ”nedre grensen” som lovverket identifiserer.

Det er videre vår erfaring at det tar meget lang tid å bygge opp nødvendig realkompetanse, og at god kvalitet betinger tett oppfølging fra oppdragsgiver. Det vil ikke være mulig å legge inn kvalitetskrav til tjenestene gjennom en godkjenningsordning på samme detaljerte måte som RHFene gjør i sine anskaffelser, der kravspesifikasjonene er spisset både generelt og for de enkelte del-ytelsene.

Det at ordningen ikke gir forutsigbarhet for godkjente virksomheter med hensyn til leveranse/pasientgrunnlag, understøtter heller ikke oppbygging av kvalitetsmessige, gode tjenester. Selv om det klart er lagt til grunn at samme krav til kvalitet skal gjelde for FBV-leverandører som alle øvrige aktører innen spesialisthelsetjenesten, vil dette være vanskelig å sikre i praksis når det ikke kan oppstilles eller avtales spesifikke krav. På områdene som innlemmes i FBV vil skillet mellom private og offentlige spesialisthelsetjenester i stor grad bygges ned. Dette er en ønsket utvikling. Likevel mener Helse Sør-Øst RHF det er viktig å tydeliggjøre at ansvarsforholdene derved endres, noe som kan få betydning når pasienter skal velge hvor de ønsker at helsehjelpen skal mottas. I dag legger RHFene som nevnt inn detaljerte krav til kvalitet i alle avtaler om anskaffelse av private spesialisthelsetjenester. Forhåndskontrollen i dagens anskaffelsesavtaler skal derved sikre at pasientene får helsehjelp fra tilbydere som følger god praksis, og som har et system for kvalitetsforbedring dersom noe svikter. Denne kontrollen kan ikke opprettholdes der avtalerelasjonen mangler. Det er en kjent sak at tilsynsmyndighetene i stor grad baserer sitt tilsyn på etterfølgende stikkprøvekontroll. Private virksomheter som får godkjenning vil gi helsehjelp på eget faglig ansvar, og ikke som en del av RHFets sørge-for ansvar. Dette bør pasientene kjenne til.

Det vil bli lagt opp til et prisnivå som ligger under gjennomsnittet for RHFenes anbudspriser. Helse Sør-Øst RHF mener det er svært viktig at det legges opp til relativt lave priser for ikke å undergrave regelverket om offentlige anskaffelser og risikere å konkurrere ut institusjoner som har oppnådd sine avtaler gjennom konkurranser tilpasset helseforetakenes faktiske behov. Imidlertid kan også en lav pris ha negative konsekvenser; eksempelvis vil man for TSB og psykisk helsevern risikere at det utvikles tjenester som ikke egentlig er tilpasset befolkningens behov, og som totalt sett innebærer lite målrettet ressursbruk. I tillegg vil ordningen kunne medføre tapping av ressurser som RHFene allerede har betalt for ved institusjoner som har avtale. Dette vil ikke minst gjelde lege- og psykologressurser som allerede er svært begrenset ved mange av institusjonene. Konsekvensene kan bli at kvaliteten på behandlingen blir redusert.

Når det gjelder utvikling av tjenestetilbudet innen TSB og psykisk helsevern, vil FBV-ordningen trolig først og fremst være interessant for aktører som vil levere tjenester som er lite bemanningskrevende. Dette vil enten være tjenester av lavere kvalitet, eller tjenester for pasienter som har et funksjonsnivå som gjør at de kunne ha nyttiggjort seg behandling uten døgninnleggelse eller et tilbud fra hjemkommunen. Det kan være grunn til å stille spørsmål om det er ønskelig å stimulere til utvikling av slike tjenester innen spesialisthelsetjenesten. På den annen side vil som nevnt høyere priser uten tilhørende spesifikke krav til kompetanse eller bemanning kunne føre til at FBV utkonkurrerer tilbudene som er kjøpt gjennom ordinære anskaffelser, noe som også vil kunne ha mange negative effekter. Dette mener Helse Sør-Øst RHF er et dilemma som tilsier at prisene likevel bør settes lavere enn prisene i dagens avtaler. Helse Sør-Øst RHF kommer nærmere tilbake til prisfastsetting.

## **Vilkår for godkjenning**

### *Angivelse av tjenester*

Det følger av forslag til forskriftens § 2 og § 3 første ledd litra a) at leverandøren skal opplyse hvilke helsetjenester etter § 11 som søknaden gjelder. Leverandøren skal kun levere tjenester som den er godkjent for. I og med at man legger opp til lite differensierte kategorier, vil FBV-institusjonene kunne ta inn pasienter med et relativt bredt spekter av problematikk. Helse Sør-Øst RHF har erfart at leverandører innen TSB med dårlig økonomi noen ganger strekker seg langt og tar i mot en så bred målgruppe at det kan ha negativ effekt for pasientenes utsikt til bedring. Et eksempel på dette er at man forsøker å favne både unge som er tidlig i sin misbrukskarriere sammen med eldre pasienter med en lang ruskarriere. Avgrensede målgrupper, for eksempel med hensyn til alder og/eller tilleggsproblematikk, er dessuten nødvendig for å kunne gi et tilpasset tilbud. Helse Sør-Øst RHF kommer nærmere tilbake til dette i forbindelse med spørsmålet om hvilke tjenester som bør fases inn og hvordan disse bør avgrenses.

### *Rapporterings- og samarbeidsplikter §§ 3 annet ledd litra a) – f)*

Helse Sør-Øst RHF støtter kravene som er lagt inn om ulike rapporteringsplikter, men tror det kan bli utfordrende å sikre god kvalitet på rapporteringen fra nyetablerte enheter dersom det ikke settes av egne ressurser til slikt arbeid.

Alle virksomhetene forplikter seg til å rapportere data til blant annet NPR. Det må sikres at alle pasienter som mottar helsehjelp i FBV-ordningen ”merkes” på en måte i NPR-systemet. Det må være mulig å hente ut data fra NPR hvor man kan skille ut FBV pasientene. Helse Sør-Øst RHF er avhengig av dette for å følge opp avtalene som RHFet selv har inngått.

Enkelte av de minste private leverandørene har i dag store problemer med å rapportere inn til NPR. NPR har et system som er tilrettelagt for våre helseforetak, og som ikke passer så godt for små private institusjoner. Systemet er meget komplekst, og Helse Sør-Øst RHF har erfart at systemleverandørene ikke alltid klarer å levere. Ved inngåelse av nye avtaler har Helse Sør-Øst RHF erfarte at flere aktører ikke har klart å rapportere inn, noe som medførte tap av DRG-refusjon. Ventelisterapportering har også vært en utfordring i NPR-systemet. Når problemene ligger utenfor leverandøren selv, har RHFet få eller ingen sanksjonsmuligheter.

To av Helse Sør-Øst RHF sine kommersielle leverandører, som verken er definert som sykehus eller laboratorie- og røntgenvirksomhet, er blitt avskåret fra å inngå oppgjørsavtale med HELFO. HELFO har angivelig ved en inkurie tidligere gitt slik avtale, men har nå sluttet. I våre avtaler med private legges det til grunn at pasientene ikke skal betale mer enn de ville gjort om de ble behandlet på et offentlig sykehus. Pasienter ved disse institusjonene får nå ikke ført egenandelen på egenandelskortet. Helse Sør-Øst RHF vil anta at flere aktuelle FBV-leverandører vil være i samme kategori. Ulik praksis når det gjelder bruk av egenandeler er generelt uheldig for pasientene, og får selvsagt også betydning for betaling/pris.

Rapporteringskravene som er foreslått er i liten grad relatert til hvilken kvalitet de tjenester som tilbys har. Krav til kvalitet og fremdrift (ventetid med mer) er imidlertid tatt med. Det kan stilles spørsmål om det burde vært mer konkrete krav til rapportering innenfor kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF krever rapportering fra avtaleparter tilsvarende våre helseforetak, for eksempel månedlig rapportering av ulike kvalitetsindikatorer. Dette følges opp i oppfølgingsmøter. HELFO trenger informasjon for å utføre sine kontrolloppgaver, men har samtidig få sanksjonsmuligheter. Helse Sør-Øst RHF er derfor usikre på om det bør legges inn noen plikt i forskriften om at FBV-leverandører for eksempel skal rapportere uønskede hendelser, og ber departementet vurdere dette.

Det er viktig med en ytterligere presisering av hva plikten til samhandling innebærer, herunder hvem som skal dekke kostnader for transport til og fra møter med samarbeidspartnere utover det som dekkes gjennom syketransportforskriften (både for ansatte, pårørende og for pasient).

Det fremgår av høringsnotatet at plikten til samhandling og samarbeid skal motvirke uheldige følger som departementet ser kan komme knyttet til mer oppstykkede pasientforløp og fare for ansvarspulverisering. Dette er utfordringer som også Helse Sør-Øst RHF var opptatt av å få frem i forrige hørings svar. Generelt vil opphold/brudd i behandling kunne påvirke prognose og sykkelighet negativt for den enkelte pasient, slik at det som var ment å skulle gi en utvidet valgrett og mulighet for et bedre tilbud likevel kanskje ikke blir et gode for den enkelte. Det er dette Helse Sør-Øst RHF nå mener alle må ha fokus på å unngå.

Særlig for kronikere/pasienter med lengre sammensatte pasientforløp som krever koordinering, vil det i praksis kunne være krevende for det enkelte HF/sykehus og andre hjelpeinstanser å vite hva de skal tilby/bidra med på ulike tidspunkter gjennom forløpet (vite hva ulike private tilbyr av tjenester, hvor den enkelte pasient befinner seg, hva han/hun har av ønsker mm). Likeledes vil det kunne være utfordrende for FBV-leverandører å ha oversikt over de ulike enhetene i helseforetaksstrukturen og hvem man bør initiere et samarbeid med. Planlagt samarbeid med lokale tjenester fra førstelinjen må også samstemmes i et slikt forløp. Det vil for eksempel kunne oppstå behov for kriseintervensjon ved permisjoner innen psykisk helsevern og TSB som krever gode samarbeidsrutiner. Noen pasientgrupper vil være særlig sårbare med hensyn til brudd i

relasjoner, og kontinuitet i behandlingen blir da helt avgjørende. Helse Sør-Øst RHF kommer tilbake til dette under kommentarer knyttet til innfasing av ulike fagområder/tjenester.

For å lette samarbeidet, mener Helse Sør-Øst RHF det derfor er en viktig forutsetning at det utarbeides gode, tilgjengelige oversikter over tjenestetilbudene innen de tjenesteområdene som vil bli omfattet av FBV. Informasjon er nødvendig både for den offentlige og den private delen, og bør være med oppdatert kontaktinformasjon. Dette er noe Helse Sør-Øst RHF vet at helseforetakene arbeider med løpende, men RHFet ser at det vil bli ekstra viktig å sikre god informasjon om egen virksomhet fremover.

#### *Kommunikasjon av helseopplysninger elektronisk - § 3 h)*

Helse Sør-Øst RHF støtter at det stilles krav om å kommunisere helseopplysninger elektronisk internt og på tvers av kommune- og regionsgrenser.

Departementet bør vurdere om det også bør presiseres i forskriften at virksomheten skal følge Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren og ha et styringssystem for informasjonssikkerhet som er tilpasset virksomhetens størrelse og omfang av behandling av helse- og personopplysninger. Dette vil imidlertid være en forutsetning for å bli tilknyttet Norsk Helsenett.

Helse Sør-Øst RHF finner imidlertid grunn til å understreke at dagen IKT-løsninger systemmessig ikke understøtter kommunikasjonsbehovene man har når pasientforløp involverer flere aktører. Erfaringer Helse Sør-Øst RHF har gjennom prosjekter som "Glemt av sykehuset" gir grunn til bekymring for at pasienter fortsatt vil kunne "falle ut/bli glemt" inntil dette kan løses på en bedre måte.

#### *Prosedyrer og regler for henvisning, inntak og utskrivning - § 3 i)*

HELFO skal kunne presisere prosedyrer og regler for henvisning, inntak og utskrivning. Helse Sør-Øst RHF mener det er viktig at HELFO gis anledning til dette, og legger til grunn at HELFO vil trekke inn de regionale helseforetakene ved utarbeidelse av slike presiseringer. Helse Sør-Øst RHF er imidlertid litt usikre på om HELFO her gis en mer generell fullmakt til å gi detaljerte føringer knyttet til henvisning, inntak og utskrivning slik RHFene nå gjør gjennom sine avtaler, eller om dette kun er ment å gjelde på mer overordnet nivå. Dette bør klargjøres.

Når det gjelder TSB, vil det være særlige utfordringer knyttet til håndtering av avbrudd og rusperioder i og med at FBV-institusjoner vil kunne ta inn pasienter fra hele landet. Det er behov for klare rutiner og etablerte samarbeidsrelasjoner for å sikre forsvarlighet i slike situasjoner.

Det er svært mange private aktører innen TSB, og ordningen med fritt sykehusvalg brukes i dag utstrakt. Ofte søker man i samråd med pasienten etter aktuelle tilbud på andre institusjoner enn vurderingsinstansen etter at rettighetsvurderingen er gjort. For å sikre at behandlingstilbudet er tilpasset pasientens behov, bør pasienten primært utøve sitt valg i samråd med vurderingsinstansen. Dette vil også hindre økt byråkrati og sikre forutsigbar drift, ikke minst for de private avtalepartene. Det er allerede krevende for døgninstitusjonene innen TSB å administrere ventelister, noe som har sammenheng med at pasientene ofte er ustabile og vanskelig å få tak i på tlf eller brev/elektronisk.



### *Markedsføring - § 3 j)*

Helse Sør-Øst RHF støtter at leverandørene ikke skal ha adgang til å drive målrettet markedsføring av tjenester som ikke omfattes av godkjenningen, jf. forslaget til forskrift § 3 j. Det presiseres i høringsnotatet at leverandører skal kunne drive generell markedsføring av sine tjenester, men ikke på eget initiativ drive aktiv og direkte markedsføring av sitt private tilbud rettet mot pasienter som har valgt den aktuelle leverandøren gjennom FBV. Helse Sør-Øst RHF har erfart at dette i praksis er en vanskelig grense, noe som kan øke risikoen for overbehandling. I våre anskaffelser har Helse Sør-Øst RHF f.eks laget en innkallingsmal for radiologi som inngår i konkurransedokumentene og som leverandører forplikter seg til å benytte. Dersom teksten i brevet ønskes endret, skal dette først godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF mener at markedsføring blir et viktig område for HELFO å følge opp.

### *Brukermedvirkning - § 3 l)*

Helse Sør-Øst RHF støtter departementets omtale av brukermedvirkning. Brukermedvirkning på individ, tjeneste og systemnivå er viktig for å yte gode helsetjenester. Det er videre viktig å legge til rette for medvirkning, egenomsorg og mestring gjennom opplæring av pasienter- og pårørende. Det bør derfor vurderes å presisere at også FBV-leverandører skal gi tilbud om opplæring til pasienter. Informasjon og opplæring vil ofte være en nødvendig forutsetning for at pasienter skal involvere seg i valg av behandlingsform. Helse Sør-Øst RHF viser til brukerutvalgets innspill til høringen som er vedlagt. Helse Sør-Øst RHF deler brukerutvalgets synspunkt når det gjelder betydningen av at det er god samhandling mellom tjenesteyterne, og at universell utforming av lokaler er viktig. Det vises også til brukerutvalgets påpekning av at FBV-leverandører ikke skal kunne velge bort pasienter med tilleggsproblematikk som er mer krevende å ta imot, jf. punkt 2.3 nedenfor.

### *Internkontroll - § 3 tredje ledd*

Det skal foreligge dokumentasjon på at internkontroll er etablert, jf. § 3 tredje ledd. Dokumentasjonen skal gi grunnlag for HELFOs videre informasjons- og oppfølgingsarbeid. Helse Sør-Øst RHF støtter at private som søker godkjenning må bekrefte at de har et internkontrollsystem, og at dette ikke skal være gjenstand for vurdering av HELFO på søknadstidspunktet. Det er imidlertid vanskelig å se hvilken nytte godkjenningsmyndigheten vil ha av opplysninger som eventuelt kan vise seg å legge opp til lovstridige forhold. Det vil normalt være vanskeligere å trekke tilbake en godkjenning enn å la være å gi den, men vilkårene for godkjenning og HELFOs begrensede sanksjonsmuligheter tilsier at opplysningene først og fremst vil kunne brukes i dialogen/samarbeidet som en del av HELFOs oppfølging.

### *Universell utforming*

Det er ikke foreslått å stille krav om universell utforming av lokaler med mer slik RHFene hovedsakelig gjør gjennom avtaler for at alle pasienter skal kunne benytte seg av tilbudet. Helse Sør-Øst RHF ber departementet vurdere om det bør gjøres.

### *Særlig om system for innføring av nye metoder – faglige føringer/ retningslinjer*

Det er likeledes ikke foreslått satt som vilkår at behandlingsmetodene virksomheten benytter skal være i samsvar med de beslutninger som tas i det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette begrunnes med at helsemyndighetene ikke vil fase inn tjenester som fordrer behandlingsmetoder som er i strid med disse beslutningene. Helse Sør-Øst RHF mener likevel at departementet bør presisere dette, slik at det fremgår tydelig at de som skal levere tjenester gjennom FBV må forholde seg til de til enhver tid gjeldende føringene som gis både gjennom beslutningsforum og myndighetenes faglige retningslinjer. Når FBV-ordningen gir



private en rett, men ikke plikt til å levere tjenester gjennom ordningen, er det et rimelig krav at de som velger å søke om å bli godkjent må levere tjenester i tråd med faglige føringer og beslutninger. Dette kan for eksempel gjøres ved å legge til et nytt punkt etter bokstav i) der det (i ny bokstav j)) presiseres at godkjente virksomheter skal følge beslutninger som tas i det nasjonale systemet for innføring av nye metoder, samt de til enhver tid gjeldende faglige retningslinjer for tjenester som omfattes av forskriften § 11.

Helse Sør-Øst RHF mener en slik presisering er viktig også fordi det legges opp til en varighet av godkjenningen på fem år, og mye kan endre seg i løpet av en slik tidsperiode.

#### *Særlig om deltakelse i utdanning*

Departementet har vurdert, men foreslår ikke å stille krav til private med godkjenning om å bidra til utdanning. Helse Sør-Øst RHF tok opp dette i forrige høringssvar, og etterspurte krav som kan stilles til leverandører på utdanningsfeltet. Selv om departementet viser til noen aktuelle motargumenter, for eksempel det at de private ikke har sikkerhet for volum, mener Helse Sør-Øst RHF at det må gis hjemmel for, etter en konkret vurdering, å kunne stille krav om at FBV-leverandører bidrar i legers og øvrige helsepersonells utdanningsløp. Når det gjelder små fag som øye, hud med flere, er man fremover nesten avhengig av å få til et mer strukturert samarbeid rundt utdanning med private leverandører. Det gjelder spesielt private som har avtale med det regionale helseforetaket. De etablerte forsøksordningene med avtalespesialister, blant annet ved Oslo universitetssykehus HF, er et godt eksempel på dette. Selv om de regionale helseforetakene ikke kan styre aktivitetene for FBV-leverandører tilsvarende som gjennom avtale, er det for samfunnet viktig å få på plass en mulighet for også å pålegge disse utdanningsoppgaver.

Det er spesielt kritisk å sikre at LIS-leger får erfaring med enklere inngrep for å bygge opp den kompetansen som skal til for å håndtere de mer kompliserte. Dersom FBV skulle føre til at f.eks de fleste Hallux valgus inngrepene vil skje hos FBV-leverandører, vil dette kunne få meget uheldige konsekvenser for den aktuelle spesialistutdanningen. Helse Sør-Øst RHF har som nevnt hatt liknende utfordringer innen flere fagområder.

Helse Sør-Øst RHF mener på denne bakgrunn at det er nødvendig at forskriften åpner for at det er en forutsetning for godkjenning at private kan måtte delta i helsepersonells samlede utdanningsløp, f.eks ved at HELFO kan stille vilkår om dette i godkjenningen på tjenesteområder der dette er aktuelt.

#### **Om bierverv**

Alle helseforetakene er pålagt å ha dokumenterte retningslinjer for håndtering og rutiner for rapportering av ansattes bierverv. Retningslinjene og rapporteringsrutinene skal sikre sentrale hensyn til forsvarlighet, habilitet og lojalitet. Fritt behandlingsvalg medfører potensielle utfordringer for alle disse hensyn, kanskje spesielt i forhold til habilitet.

Gjeldende forståelse av lojalitetsplikten innebærer at virksomheter omfattet av RHFets utøvelse av sørge-for ansvaret ikke er konkurrenter i markedsmessig forstand. Det er derfor ikke anledning til generelt å forby ansatte å ha bierverv i firmaer som leverer tjenester i henhold til rammeavtaler m.v. Dette må trolig understrekes ytterligere når FBV introduseres i bredt omfang.

## **Vedtak og varighet - §§4 og 5**

Helse Sør-Øst RHF deler departementets syn på viktigheten av å se spørsmålet om varighet av godkjenninger i sammenheng med system for inn- og utfasing av tjenester. Det fremgår av høringsnotatet at departementet mener FBV-leverandørenes behov for forutberegnelighet tilsier at godkjente virksomheter bør kunne levere tjenester ut godkjenningens varighet selv om en tjeneste fases ut av ordningen før godkjenningen utløper. Helse Sør-Øst RHF er ikke enig i dette. Fem år er ganske lang tid, og dersom viktige prioritering-/samfunnsmessige hensyn tilsier at en tjeneste bør fases ut, mener Helse Sør-Øst RHF dette må få virkning også for tjenesteyterne i godkjenningsperioden. HELFOs sanksjoner og mulighet for å trekke tilbake en godkjenning er i utgangspunktet liten, og det bør ikke være slik at en FBV-leverandør kan fortsette å levere en tjeneste gjennom flere år som det er viktig å få faset ut. Dersom departementet fastholder at godkjente virksomheter uansett skal få yte tjenester ut godkjenningsperioden, foreslår Helse Sør-Øst RHF at godkjenningsperioden kortes ned, for eksempel til to år.

For pasienter vil en kortere varighet kunne gi enkelte noe redusert forutsigbarhet. For å forebygge avbrudd og sikre god kontinuitet, kan departementet vurdere om det kan være hensiktsmessig å ta inn en saksbehandlingsfrist for søknader om forlengelse i § 5.

## **2.2 Godkjente virksomheters plikter - § 6**

Det fremgår av utkastet til forskrift at FBV-leverandører straks skal varsle HELFO dersom vilkårene for godkjenningen ikke lenger er oppfylt. De eksemplene som nevnes i høringsutkastet er av mer formell art, f.eks at virksomheten ikke lenger er registrert i enhetsregisteret. Det kan stilles spørsmål om denne bestemmelsen gjør virksomhetene forpliktet til å melde fra dersom Helsetilsynet har opprettet tilsynssak mot dem. Slike saker vil i praksis kunne være ulike når det gjelder alvorlighet. Når oppstår virksomhetenes varslingsplikt? Spørsmålet har også sammenheng med HELFOs sanksjonsmuligheter, og Helse Sør-Øst RHF viser til våre kommentarer under omtalen av dette nedenfor.

## **2.3 Forvaltning av ordningen og etterfølgende kontroll, §§ 8,9,10**

### **HELFOs ansvar for oppfølging av godkjente virksomheter - § 8)**

Helse Sør-Øst RHF deler departementets syn på viktigheten av at HELFO har etterfølgende kontroll og løpende kontakt med leverandørene til ordningen, samt at det er ønskelig at det finnes en systematisk tenkning rundt hvordan slik etterfølgende kontroll bør gjennomføres. HELFO skal blant annet bidra til å redusere risikoen for at tjenesten avviker fra anbefalte faglige normer. Helse Sør-Øst RHF mener imidlertid at det kan bli utfordrende å få til den nødvendige kontrollen i praksis, og viser i denne forbindelse til manglende avtalerelasjon som grunnlag for oppfølgingen, samt at den som skal følge opp (HELFO) er et organ utenfor RHFenes sørge- for ansvar. Dette forutsetter at HELFO har tett dialog med RHFene, som kan ha avtale (og et løpende oppfølgingsregime) med de samme leverandørene. Man risikerer derfor også at flere aktører følger opp det samme. Helse Sør-Øst RHF er enig med departementet i at man bør kunne dra nytte av hverandres kompetanse og erfaring, men Helse Sør-Øst RHF kan for eksempel ikke se at det i dag er hjemmel for automatisk å utveksle/dele all informasjon i et slikt samarbeid, noe Helse Sør-Øst RHF for øvrig heller ikke mener er ønskelig.

En problemstilling som det kan være grunn til å nevne, knytter seg til hvordan mottak av pasienter praktiseres, jf. også henvisningen over til brukerutvalgets uttalelse. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at hvis en tjeneste først er innfaset, vil de godkjente virksomhetene ikke kunne etablere en praksis der de velger de pasientene som er rimeligst for dem å behandle, mens andre som anses mer krevende å ta imot (pga tilleggsproblematikk, behov for ledsager, tolk med mer) avvises. Det bør være faglig forsvarlighet og manglende kapasitet som er eneste gyldig avslagskriterium for pasienter som tilhører målgruppen. Dette henger også sammen med spørsmålet om hva den fastsatte prisen er ment å dekke, noe som gjerne er spesifikt regulert i våre avtaler.

### **HELFOs sanksjoner**

HELFO kan trekke tilbake godkjenningen ved kvalifisert brudd på vilkårene. Departementet viser til at det skal skje en forholdsmessighetsvurdering. Slik dette er beskrevet er HELFOs sanksjonsmuligheter små.

Helse Sør-Øst RHF har erfart at det kan ta lang tid fra en sak er meldt til Helsetilsynet til tilsynet treffer en avgjørelse i saken. Helse Sør-Øst RHF mener derfor at HELFO bør ha anledning til å suspendere godkjenningen i påvente av tilsynets behandling av saken. Dersom det er sentrale fagpersoner ved virksomheten som er under tilsyn, men som ikke er suspendert av virksomheten selv, bør det vurderes å gi HELFO anledning til å suspendere godkjenningen av virksomheten. HELFO bør kunne gripe inn dersom virksomheten selv ikke har iverksatt korrigerende tiltak.

## **2.4 Helsetjenester omfattet av ordningen**

### **Definisjon av tjenester**

Det fremgår av høringsnotatet at tjenester som skal fases inn må kunne defineres presist (for blant annet å kunne prissettes). Helse Sør-Øst RHF er enig i dette, men mener det er et dilemma med ordningen at de tjenestene som er best egnet ut fra dette kriteriet samtidig er de som gir størst risiko for overbehandling og tjenestetilpasset etterspørsel.

Helse Sør-Øst RHF anser definisjonen av tjenester som svært viktig for hvordan FBV-ordningen skal fungere i praksis. Etter vårt syn burde det ha vært nærmere konkretisert i høringsnotat hvilke behandlingstilbud som omfattes. Under punkt 9.5 står det at det trolig blir for krevende å ha en like finmasket inndeling som anskaffelsene til RHFene. Under punkt 9.3 antydes det likevel at man for TSB og psykisk helsevern vil anvende en kombinasjon av ICD-10 og prosedyrekoder. Å legge opp til nokså generelle godkjenningskriterier med lite differensierte priser og samtidig ønske å bruke spesifikke ICD-10 og prosedyrekoder som grunnlag for retten til behandling, synes ikke å henge godt sammen. Det største problemet er kanskje likevel at særlig innen TSB er ikke kvaliteten på selve kodeverk så god at de er egnet for et slikt formål. Følgelig er også rapporteringen på dette området av blandet kvalitet.

Helse Sør-Øst RHF regner med at mange av virksomhetene som godkjennes allerede vil ha avtale med et RHF. Det fremgår av høringsnotatet at det i slike tilfeller bare skal være én forventet ventetid for tjenesten som vises på nettstedet helsenorge.no. Dersom RHFene skal ha mulighet for å ha oversikt over tilbud versus etterspørsel og hindre fristbrudd, vil det i praksis ikke være mulig å operere en én felles venteliste ”innad”. Det er i dag, og må fortsatt være, flere ventelister hvis en privat leverandør har avtale med flere RHF og/eller er godkjent som FBV-institusjon. Det er ikke praktisk mulig å fullt ut slå sammen ventelistene både av hensyn til sørge-for-ansvaret og fordi tilbudene nødvendigvis ikke er like.

### **Særlig om innfasing av psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)**

Departementet omtaler i punkt 9.5 utfordringene knyttet til at priser pr. oppholdsøgn gir svake økonomiske incentiver til å begrense varighet, men mener en absolutt varighetsbegrensning er uforenelig med forsvarlighetskravet. Det vises imidlertid til at faglige retningslinjer og HELFOs oppfølging vil bidra til å avhjelpe dette. Som Helse Sør-Øst RHF har pekt på innledningsvis, mener Helse Sør-Øst RHF at det må være mulig å normere behandlingsforløpene uten at dette vil gå ut over forsvarligheten for tilbudet til den enkelte pasient. Helse Sør-Øst RHF har erfart at det å normere behandlingstider, kombinert med behandlingsprogram med godt faglig innhold, konkrete tidsangivelser og krav til samhandling med pasientens lokale helseforetak og aktuelle kommunale tjenester, motvirker en tendens til unødige lange døgnopphold. Sammen med økt krav til antallet helsepersonell innenfor TSB har Helse Sør-Øst RHF gjennom disse virkemidlene oppnådd betydelig kortere gjennomsnittlige døgnopphold. Helse Sør-Øst RHF mener derfor departementet bør vurdere hva som kan oppnås ved å spisse defineringen av de tjenestene som fases inn, og hva som eventuelt bør presiseres nærmere i faglige retningslinjer. Parallelt med at nye tjenester/metoder fases inn, kunne det for eksempel utarbeides faglige føringer om innhold etter modell av pakkeforløpene. Dette vil antakelig indirekte kunne bidra til en standardisering av anbefalt varighet som samtidig ivaretar forsvarlighet.

Når det gjelder avgrensningen av ordningen som er foreslått ved å holde visse grupper utenfor, støtter Helse Sør-Øst RHF i hovedsak departementets forslag. Den sammen begrunnelsen som brukes for å holde barn og unge utenfor ordningen gjelder imidlertid også for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og dobbeltdiagnoser (gjelder både TSB og psykisk helsevern), noe som er hovedgrunnen til at tjenestene til disse pasientgruppene i hovedsak er blitt desentralisert. Mange pasienter har behov for samtidig innsats, noe som kan bli krevende ved introduksjon av en ny aktør for deler av behandlingsskjeden. Det vil ikke være hensiktsmessig å ta pasienter ut av lange behandlingsrelasjoner for å få et opphold ved en FBV- institusjon dersom ikke den lokale oppfølgingen, i form av støtte til å bo etter døgnbehandlingen og deltakelse i ulike aktiviteter med mer, blir en integrert del av tilbudet. Disse pasientene vil ofte være så preget av sin problematikk/lidelse at de i perioder kan ha manglende evne til å se fremtidige konsekvenser av egne valg, og derved fatte gode beslutninger. Mange vil tidvis være underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette tilsier at disse pasientene ikke bør settes i den type valgsituasjoner som FBV-ordningen åpner for. Dette vil også gjelde for mange pasienter med alderspsykiatriske tilstander hvor nærhet til somatiske tjenester og kommunale tilbud og samhandling med pårørende er svært viktig.

Helseforetakene er opptatt av å sikre helhetlige pasientforløp med vekt på kontinuitet i relasjoner. Med de praktiske utfordringene og faren for uheldige faglige konsekvenser som det er vist til over, mener Helse Sør-Øst RHF at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og TSB-pasienter som har omfattende psykiatrisk problematikk i tillegg til avhengighetslidelsen, ikke bør inkluderes i ordningen.

Helse- og omsorgsdepartementet har spesielt bedt om synspunkter på forslaget om å holde barn og unge utenfor ordningen. Helse Sør-Øst RHF støtter departementets forslag, der det blant annet vises til betydningen av å sikre nærhet til barnevern og kommunale tjenester. Med samme begrunnelse bør imidlertid det samme gjelde tilbud der foreldre og barn legges inn sammen.

Brukerstyrte senger inngår som en del av behandlingstilbudet både innen TSB og psykisk helsevern. Ofte er dette knyttet opp mot lokale poliklinikker/DPS hvor det inngår i et helhetlig tilbud med flere ulike tjenester – ofte samtidig. Det er da ikke hensiktsmessig å la brukerstyrte senger inngå i FBV-ordningen.

#### *TSB – anbefalinger*

Helse Sør-Øst RHF mener at avgiftning ikke bør være en del av første fase i FBV-ordningen, da slike tilbud innen spesialisthelsetjenesten krever særlig kompetanse og bred erfaring og forutsetter tett samhandling med andre aktører.

Helse Sør-Øst RHF mener pasienter som soner etter straffegjennomføringslovens § 12 ikke bør omfattes av første fase av FBV-ordningen, selv om de har ordinære pasientrettigheter. Dette fordi det kreves et særlig tett samarbeid mellom Kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten og fordi Kriminalomsorgen setter særlige krav som ikke nødvendigvis faller sammen med de ordinære rammene i institusjonene. Relativt lave døgnpriser er heller ikke forenelig med de krav som normalt settes for pasienter som skal sone i TSB- eller psykisk helseverninstitusjon.

Helse Sør-Øst RHF anbefaler at følgende målgrupper innen TSB inkluderes i ordningen:

- Frivillig innleggelse til døgnbehandling for voksne med rus- og avhengighetslidelser med følgende unntak:
  - Avgiftning og behandling der pasienten soner en fengselsstraff (§12 i straffegjennomføringsloven).
  - Egne tilbud for gravide og familier med barn samt behandling for pasienter med samtidig omfattende psykiatrisk problematikk og omfattende rusmiddelavhengighet.

#### *Psykisk helsevern – anbefalinger*

Oppsummert for psykisk helsevern tilrår Helse Sør-Øst RHF at færre pasientgrupper inkluderes i FBV-ordningen enn det som foreslås i høringsnotatet. Dersom man sammenligner med somatikk, og hvilke pasientgrupper som forelås inkludert, er det meget stor forskjell på de ulike pasientgruppers behov for diagnostisering, oppfølging og behandling. Man må være trygge for at ordningen med FBV faktisk kommer pasientgruppene til gode, og at den vil være tilpasset sykdommens karakter og det sykdomsbildet som kan utvikle seg over tid. En kirurgisk intervensjon ved eksempelvis ”hammertå” krever helt forskjellig type innsats enn en pågående alvorlig psykisk lidelse. Brudd i behandling eller uklare ansvarsforhold kan i ytterste konsekvens føre til økt sykkelighet eller tap av liv, både for pasienten selv og/eller berørte/pårørende.

Når det gjelder angst, depresjon og alvorlige traumatiske lidelser, bør det presiseres at tilbudet innen FBV bør begrenses til tilstander med en slik alvorlighetsgrad at de ikke kan behandles poliklinisk. Vårt regionale fagråd for psykisk helsevern er bekymret for at tilstander som burde behandles ved lokal poliklinikk vil bli lagt inn for døgnbehandling fordi avstanden krever innleggelse. Det vil verken være god ressursutnyttelse eller behandling. Det var også et av hovedprinsippene som ble lagt til grunn for utviklingen av psykisk helsevern gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Helse Sør-Øst RHF anbefaler at kun følgende målgrupper innen psykisk helsevern for voksne inkluderes i ordningen:

- Psykisk helsevern for voksne pasienter med rett til døgnbehandling for:
  - Alvorlig angst, alvorlig depresjon og alvorlige traumatiske lidelser
  - Spiseforstyrrelser med behov for døgnbehandling

Det betyr at i tillegg til det som fremgår av oversikten på s 64 i høringsnotatet over de pasientgrupper departementet foreslår å holde utenfor godkjenningsordningen, mener Helse Sør-Øst RHF at pasienter med alvorlige psykiske lidelser ikke bør inkluderes. Denne anbefalingen er også i tråd med regionalt fagråd for psykisk helsevern sitt innspill i høringen.

### **Særlig om innfasing av somatiske tjenester**

Helse Sør-Øst RHF mener at den presenterte listen kan være et utgangspunkt for å høste erfaringer og foreta eventuelle nødvendige justeringer fremover. En konkret, strukturert og dokumentert helsefaglig behovsvurdering må alltid ligge til grunn for avgjørelsene. Departementet har forsøkt å unngå noen av de viktigste områdene der faren for overbehandling/feilprioriteringer åpenbart er stor. For å unngå uønskede konsekvenser for offentlige sykehus mener Helse Sør-Øst RHF at innfasingen må være styrt og helsefaglige hensyn som nøkkelpersonell og utdanning må ivaretas.

Grunnet blant annet prissettingsutfordringer vurderer Helse Sør-Øst RHF at det kan være uhensiktsmessig å innfase tjenester som RHFene i dag ikke har avtaler på. Det bør legges opp til en evaluering for ytterligere fagområder innlemmes.

Videre er det viktig for Helse Sør-Øst RHF, både som samarbeidspartner og av hensyn til pasientene, at det fremkommer tydelig hva en tjeneste omfatter. Det endelige utvalget av somatiske tjenester bør vurderes nærmere, herunder den konkrete avgrensningen (hva inngår?), omfang og prisfastsettelse. Dette gjelder særlig for utredninger, der det vil være svært aktuelt at pasienten skal fortsette sitt behandlingsforløp et annet sted (enten offentlig eller privat).

### *Rehabilitering*

Rehabiliteringsstilbud ved private rehabiliteringsinstitusjoner er i dag ikke omfattet av fritt sykehusvalg, men dette er foreslått endret gjennom høringsnotatet om fritt rehabiliteringsvalg som har høringsfrist 28. september i år. I høringsnotatet antydes det at rehabilitering senere kan være et aktuelt fagområde å fase inn i FBV-ordningen. RHFene vil få anledning til å kommentere en slik eventuell innfasing, men Helse Sør-Øst RHF vil likevel allerede nå nevne at en ikke anser dette fagområdet som veldig aktuelt å inkludere. Den delen av spesialisert rehabilitering som ytes av private i dag har tilstrekkelig kapasitet. Ved enkeltinstitusjoner som har lang ventetid, kan kapasiteten økes ved å følge opp liggetid og bedre samhandlingen med kommunene. En særlig utfordring er at RHFene i dag også kjøper tjenester som etter samhandlingsreformen vil være kommunenes ansvar. Det er viktig at ikke en eventuell innlemmelse i en fremtidig FBV-ordning bidrar til å videreføre eller utvide en slik uheldig praksis ved fordeling av ansvar.

### *Behandlingshjelpemidler*

Dersom det er aktuelt å fase inn somatiske tjenester som utløser behov for behandlingshjelpemidler, bør det tas stilling til hvordan dette skal håndteres. I noen av våre avtaler er private gitt en rolle i forbindelse med tilpasning av behandlingshjelpemidler, men Helse Sør-Øst RHF mener prinsipielt at tildeling og oppfølging av slikt utstyr bør skje i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette for å kunne ha kontroll med hvilke behandlingshjelpemidler som tildeles, og sikre nødvendig oppfølging og vedlikehold. Særlig når det gjelder tildeling av medisinteknisk utstyr (som respirasjonsbehandling, ulike typer pumper med mer), vil det være behov for oppfølging, ofte livslang. Det ideelle er at samme aktør har ansvar for utredning, beslutning om tildeling, tilpasning av utstyr og varig oppfølging, noe som vanskeliggjøres når flere aktører er involvert i pasientbehandlingen. Behandlingshjelpemidler er et område i meget stor vekst, og økende bruk av private vil derfor gi utfordringer både praktisk og juridisk. Ut fra den listen over somatiske tjenester/fagområdene som er foreslått, antar Helse Sør-Øst RHF at det er lite sannsynlig at problemstillingene kommer på spissen nå, men Helse Sør-Øst RHF mener det er grunn til å be departementet se nærmere på håndtering av behandlingshjelpemidler i forbindelse med FBV.

## **2.5 Prisfastsetting - § 11**

### **Den konkrete mekanismen for prisfastsettelse**

#### *Modell*

Modellen er forsøkt laget slik at kostnadene for staten ikke skal øke sammenlignet med anbud og at prisene skal bidra til legitimitet for ordningen. Det foreslås å ta utgangspunkt i gjennomsnittspriser i kjøpsavtalene og beregne et sjablongmessig fratrekk. Denne metoden skal være valgt for å unngå konflikt knyttet til konfidensialitet, selv om det vel er slik at for å beregne gjennomsnittsprisen må det gis tilgang til enhetsprisene. Helsedirektoratet skal fastsette prisene årlig.

#### *Prising uten anbuds tjenester*

Helse Sør-Øst RHF mener at bruk av lokalt KPP er uheldig, særlig på de områdene der RHFet senere skal kjøpe tjenester. Det bør vurderes å avskjære muligheten for dette frem til nasjonale KPP kommer på plass fra 2017.

Ved å bruke gjennomsnittspris for anbud, betyr det at om lag halvparten av de plassene som kjøpes gjennom konkurranser vil være rimeligere enn FBV-plassene. Helse Sør-Øst RHF mener man må ta utgangspunkt i noe i nærheten av laveste anbudspris. Hvis ikke vil det kunne komme til å lønne seg for mange leverandører å tilby plasser til FBV framfor å levere gjennom avtale med RHF. Rent praktisk vil det på sikt undergrave avtalen som er gjort med utgangspunkt i en konkurranse etter en vurdering av både kvalitet og pris. Resultatet vil kunne bli tjenester med ”minimumskvalitet” og til en høyere pris enn mange leverandører kunne ha levert gjennom en konkurranse.

#### *Prising innen psykisk helsevern og TSB*

Helse Sør-Øst RHF ser det som en svakhet at det verken foreslås en differensiert modell for godkjenning av institusjonene eller konkrete priser. Pris vil være avgjørende for kvaliteten på ordningen. En slik effekt kan kompenseres noe ved å differensiere prisene for ulike tjenester, alt etter hvor bemanningskrevende disse er. Likevel kan ikke prisen settes for høyt, da det vil undergrave de avtalene som er inngått. FBV-ordningen bør imidlertid rettes inn mot direkte pasientrettet aktivitet og ikke finansiære fagutvikling og forskning i klinikker.



For øvrig bør det presiseres at alle kostnader skal ligge inne i prisen, herunder bl.a. pensjonskostnader, tolketjenester og medisiner, samarbeid med andre, samt pasienters hjemreiser, treningsreiser mm. Det må derfor være tydelig beskrevet hva tjenesten omfatter med hensyn til forberedelse til innleggelse, oppfølging i forbindelse med eventuelle avbrudd, eventuell etterbehandling samt hva som kan være grunnlag for eventuelle viderehenvisninger. For mange pasienter innen TSB og psykisk helsevern er det viktig at samarbeid med pårørende inkluderes i behandlingen. Dette bør ligge som en forutsetning i døgnprisen.

Prisene bør differensieres med utgangspunkt i bemanningsbehovet. Helse Sør-Øst RHF tilrår at pasienter med dobbeltdiagnoseproblematikk samt avrusning unntas i startfasen av FBV. Hvis disse pasientgruppene likevel innføres, er det behov for et høyere bemanningsnivå i institusjoner som behandler disse pasientene enn øvrige behandlingstilbud. Når det gjelder psykisk helsevern, bør prisen for behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ev. med samtidig omfattende avhengighetsproblematikk), prissettes noe høyere enn behandling for angst, depresjon og alvorlige traumatiske lidelser. Det bør følges også være (minst) to ulike priser innen psykisk helsevern.

Helse Sør-Øst RHF anser det som uheldig dersom man får ulike priser for psykisk helsevern og TSB utover det som vil være en naturlig følge av de pasientgruppene som inkluderes. Dersom det tas utgangspunkt i RHFenes kjøp, vil man lett komme ut med en høyere pris for psykisk helsevernplasser. Dette fordi målgrupper og kjøp ikke er sammenliknbare, bl.a. har enkelte aktører en pris som dekker aktiviteter som ikke er direkte pasientrettet. Det er ingen grunn til at døgnplasser for de målgruppene som kanskje er mest aktuelle for psykisk helsevern (angst, depresjon, PTSD) skal ha en høyere pris enn TSB. Det vil dessuten ha en lite heldig signaleffekt om man går ut med et generelt høyere prisnivå for psykisk helsevern.

## **2.6 Informasjon til pasienter og helsepersonell**

Ved å gjøre 800HELSE til hovedkanalen inn, blir pasientrådgivningstjenesten ved Kontoret for fritt sykehusvalg (KFSV) ”annen linje”. HELFO og Kontoret for fritt sykehusvalg har i fellesskap formulert en tjenesteavtale med ytterligere spesifisering som beskriver den praktiske arbeidsdelingen. Helse Sør-Øst RHF er opptatt av at denne arbeidsdelingen i praksis gjør pasientrådgiverne ved KFSV tilgjengelig for innringende pasienter uten at disse blir belastet med å skulle gjenta sine ”historier” flere ganger. Helse Sør-Øst RHF mener at det om nødvendig må settes inn tiltak som er egnet til å bevare den gode pasientrådgiverfunksjonen man har i dag.


## **3. Avslutning**

Selv om en del av innvendingene Helse Sør-Øst RHF hadde i forrige høringssvar ble imøtekommet ved de endringene som kom i lovproposisjonen som nå er vedtatt, er det vår oppfatning at utkastet til forskrift synliggjør at fritt behandlingsvalg vil bli en utfordrende ordning å gjennomføre i praksis. Helse Sør-Øst RHF mener dette særlig gjelder det å sikre god kvalitet, avklarte ansvarsforhold og gode pasientforløp, samt ivaretagelse av mer samfunnsmessige hensyn knyttet til god prioritering og styring av ressursbruk.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

for   
Alice Beathe Andersgaard  
fagdirektør

Vedlegg fra:

- Fagrådet for TSB i Helse Sør-Øst RHF
- Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF