



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 56 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i pasient- og brukerrettighets-  
loven og spesialisthelsetjenesteloven  
(fritt behandlingsvalg)



## Innhold

<b>1</b>	<b>Proposisjonens hovedinnhold</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>Fritt behandlingsvalg</b> .....	<b>35</b>
1.1	Innledning .....	5	7.1	Innledning .....	35
1.2	Hovedinnretning i fritt behandlingsvalgreformen .....	6	7.2	Overordnet om forslagene i høringsnotatet .....	35
1.3	Pasientens helsetjeneste .....	6	7.3	Høringsinstansenes syn .....	35
1.4	Økt valgfrihet til pasientene .....	7	7.4	Departementets vurderinger og forslag .....	37
1.5	Mer kjøp fra private gjennom anbud .....	7			
1.6	Større frihet til offentlige sykehus	8	<b>8</b>	<b>Rett til fritt behandlingsvalg</b> .....	<b>39</b>
1.7	Særlig om ideell sektor .....	9	8.1	Innledning .....	39
<b>2</b>	<b>Bakgrunn for proposisjonen</b> ...	<b>11</b>	8.2	Når skal retten til fritt behandlingsvalg inntre? .....	39
<b>3</b>	<b>Utvikling i ventetid og bruk av private</b> .....	<b>14</b>	8.2.1	Forslag i høringsnotatet .....	39
3.1	Utviklingen i ventetider .....	14	8.2.2	Høringsinstansenes syn .....	39
3.2	Utviklingen i fristbrudd .....	15	8.2.3	Departementets vurderinger og forslag .....	40
3.3	Hva venter pasientene på? .....	15	8.3	Hvem skal pasientrettigheten gjelde for? .....	41
3.4	Antall nyhenviste og aktivitets- utvikling påvirker ventetidene .....	18	8.3.1	Forslag i høringsnotatet .....	41
3.5	Bruk av private i den offentlige finansierte spesialisthelse- tjenesten .....	18	8.3.2	Høringsinstansenes syn .....	42
			8.3.3	Departementets vurderinger og forslag .....	42
			8.4	Hva skal retten til fritt behandlingsvalg omfatte? .....	43
<b>4</b>	<b>Kort om historikk og utvikling</b>	<b>20</b>	8.4.1	Forslag i høringsnotatet .....	43
			8.4.2	Høringsinstansenes syn .....	44
<b>5</b>	<b>Andre lands lovgivning</b> .....	<b>23</b>	8.4.3	Departementets vurderinger og forslag .....	45
5.1	Sverige .....	23	8.5	Når opphører retten til fritt behandlingsvalg? .....	46
5.2	Danmark .....	23	8.5.1	Forslag i høringsnotatet .....	46
5.3	Finland .....	25	8.5.2	Høringsinstansenes syn .....	47
5.4	Island .....	26	8.5.3	Departementets vurderinger og forslag .....	47
<b>6</b>	<b>Gjeldende rett</b> .....	<b>28</b>	8.6	Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter .....	48
6.1	Innledning .....	28	8.6.1	Forslag i høringsnotatet .....	48
6.2	Rett til vurdering .....	28	8.6.2	Høringsinstansenes syn .....	48
6.3	Rett til fornyet vurdering .....	29	8.6.3	Departementets vurderinger og forslag .....	49
6.4	Rett til nødvendig helsehjelp .....	29	8.7	Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehus- valg – en felles rettighets- bestemmelse .....	50
6.5	Rett til valg av sykehus m.m. (fritt sykehusvalg) .....	30	8.7.1	Forslag i høringsnotatet .....	50
6.6	Rett til informasjon .....	31	8.7.2	Høringsinstansenes syn .....	51
6.7	Rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal gis .....	32	8.7.3	Departementets vurderinger og forslag .....	51
6.8	Forsvarlighetskravet .....	32	8.8	Oppsummering .....	53
6.9	Ansvarsfordeling – staten, regionale helseforetak og helseforetak .....	33			
6.9.1	Statens ansvar for spesialisthelse- tjenester .....	33			
6.9.2	De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester	33			
6.9.3	Finansiering .....	33			

<b>9</b>	<b>Forskrift om fritt behandlingsvalg</b> .....	55	9.6	Konsultasjonsmekanisme .....	69
9.1	Innledning .....	55	9.6.1	Forslag i høringsnotatet .....	69
9.2	Krav som kan stilles til leverandører i fritt behandlingsvalg .....	55	9.6.2	Høringsinstansenes syn .....	69
9.2.1	Forslag i høringsnotatet .....	55	9.6.3	Departementets vurderinger og forslag .....	69
9.2.2	Høringsinstansenes syn .....	56	9.7	Oppsummering .....	69
9.2.3	Departementets vurderinger og forslag .....	59	<b>10</b>	<b>Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet ..</b>	71
9.3	Særlig om ansvar for pasienten og forholdet til kravet om forsvarlighet .....	62	10.1	Forholdet til EØS-regelverket .....	71
9.3.1	Forslag i høringsnotatet .....	62	10.2	Pasientrettighetsdirektivet .....	71
9.3.2	Høringsinstansenes syn .....	63	<b>11</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene</b> .....	73
9.3.3	Departementets vurderinger og forslag .....	63	11.1	Forvaltning .....	73
9.4	Forvaltning av ordningen fritt behandlingsvalg .....	64	11.2	Informasjon til pasienter og helsepersonell .....	73
9.4.1	Forslag i høringsnotatet .....	64	11.3	IKT-tilpasninger .....	73
9.4.2	Høringsinstansenes syn .....	64	11.4	Evaluering av ordningen .....	74
9.4.3	Departementets vurderinger og forslag .....	65	11.5	Budsjettmessige konsekvenser ....	74
9.5	Innfasing av fritt behandlingsvalg .....	65	11.6	Effekt på ventetider .....	74
9.5.1	Forslag i høringsnotatet .....	65	<b>12</b>	<b>Merknader til de enkelte bestemmelsene</b> .....	76
9.5.2	Høringsinstansenes syn .....	65		<b>Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)</b> .....	80
9.5.3	Departementets vurderinger og forslag .....	67			



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 56 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

## Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. januar 2015,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Solberg)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

#### 1.1 Innledning

I regjeringserklæringen står det: «Regjeringen vil innføre fritt behandlingsvalg. Ordningen innføres først for rus og psykisk helsevern og evalueres, jf. samarbeidsavtalen».

Mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling i sykehus. Samtidig kan det være ledig kapasitet, både i offentlige og private sykehus. Det kan oppleves som frustrerende for dem som venter. De med god råd kan kjøpe seg ut av køen – mens de med dårlig råd må vente. Resultatet kan bli en todelt helsetjeneste og økende motvilje til å betale for offentlige tjenester over skattededdelen. Det er en utvikling regjeringen ikke ønsker. Regjeringen ønsker et offentlig finansiert helsetilbud som er så godt at folk velger det. Da må alle gode krefter tas i bruk, både i private og offentlige sykehus.

I denne proposisjonen foreslår departementet de lovendringene som er nødvendig for å innføre fritt behandlingsvalg. Regjeringen mener at økt konkurranse gjennom blant annet etablering av

fritt behandlingsvalg vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. På den måten sikrer man at de offentlige sykehusene fortsatt er bærebjelken i et offentlig finansiert helssystem der de sykeste får behandling først. For å nå regjeringens ambisjon om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum, skal både de offentlige sykehusene få mer frihet til å utnytte kapasiteten bedre, og private krefter skal slippe mer til. Fritt behandlingsvalg vil være et sentralt virkemiddel for å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.

I proposisjonens kapittel 2 redegjøres det for bakgrunnen til proposisjonen. I kapittel 3 redegjøres det for utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten med fokus på tall og statistikk fra de siste årene. I kapittel 4 gis en kort redegjørelse for utviklingen av pasient- og brukerrettigheter de siste tiårene. Andre lands lovgivning blir omtalt i kapittel 5. Gjeldende rett blir behandlet i kapittel 6.

I kapittel 7 gis det en overordnet fremstilling av lovforslagene. I kapittel 8 redegjøres det for forslaget til rett til fritt behandlingsvalg. Dette kapitlet handler om fritt behandlingsvalg sett fra et pasientperspektiv.

I kapittel 9 redegjøres for forslag til hjemmel for i forskrift å gi bestemmelser for å etablere en ordning hvor private virksomheter kan levere tjenester til pasienter med rett til spesialisthelsetjeneste for en pris fastsatt av staten. Dette kapitlet handler om fritt behandlingsvalg sett fra et leverandørperspektiv.

Fritt behandlingsvalg og forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet behandles i kapittel 10. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene i denne proposisjonen omtales i kapittel 11. Avslutningsvis er de spesielle merknadene til lovforslagene behandlet i kapittel 12.

## 1.2 Hovedinnretning i fritt behandlingsvalgreform

Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Fritt behandlingsvalg er en reform med tre søyler. For det første får pasienten rett til fritt behandlingsvalg, jf. nærmere drøfting i kapittel 8. Pasienter med rett til helsehjelp skal selv kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. Private som tilfredsstillt kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris.

For det andre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud. Konkurransen gjennom anbud bidrar til at vi får mest mulig pasientbehandling igjen for offentlige midler. Samtidig kan det legges vekt på kvalitet og samhandling, og ikke bare på pris. Avtaler gjennom anbud legger også til rette for et tettere samarbeid mellom private og offentlige sykehus. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i fremtiden være gjennom anbud. Departementet har i foretaksprotokollen for 2015 bedt de regionale helseforetakene om å øke anskaffelsene fra private leverandører.

For det tredje får de offentlige sykehusene større frihet. Det aller meste av pasientbehandlingen vil også i fremtiden finne sted i de offentlige sykehusene. Lykkes vi ikke med å effektivisere de offentlige sykehusene, lykkes vi ikke med å

reducere ventetidene. Reformen skal mobilisere ledig kapasitet uansett om den er i private eller offentlige sykehus. De offentlige sykehusene må få muligheten til å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. Frem til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette taket er nå fjernet. Fritt behandlingsvalg skal ikke bidra til at køen flyttes fra offentlige til private leverandører. Offentlige sykehus kan derfor fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering.

Det er usikkert hvor mange pasienter som faktisk vil benytte seg av muligheten til å velge private leverandører gjennom denne ordningen. Målet er heller ikke at volumet skal bli stort – det er de tre søylene i reformen som sammen skal gi resultater. Jo høyere effektivitet og kvalitet de offentlige sykehusene og de private virksomhetene med avtale har, jo færre pasienter vil benytte fritt behandlingsvalgsleverandør. Antallet pasienter som får nytte godt av denne reformen vil dermed bli langt større enn det antallet pasienter som benytter retten til å gå til private leverandører.

Tjenester i fritt behandlingsvalg skal først fases inn for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Dette er dels begrunnet i ønsket om å gi psykisk helse og TSB prioritet. Samtidig innebærer det en oppstart av fritt behandlingsvalg på et avgrenset økonomisk område, slik at man kan få erfaringer før ordningen utvides. Departementet ønsker likevel samtidig å høste erfaringer fra det somatiske området med tanke på videre utvidelse av ordningen. Det tas derfor sikte på at fritt behandlingsvalg, parallelt med innføring innen psykisk helsevern og rus, skal innføres innenfor enkelte fagområder innen somatikk. Stortinget har i budsjettet for 2015 bevilget 150 mill. kroner til pasientbehandling knyttet til bruk av retten til fritt behandlingsvalg innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og enkelte områder av somatikken.

## 1.3 Pasientens helsetjeneste

Regjeringen har tatt hele helsetjenesten opp til åpen og bred diskusjon. I løpet av 2015 vil Regjeringen legge fram flere stortingsdokumenter og opptrappingsplaner:

- Våren 2015 legges folkehelsemeldingen, en melding om legemiddelpolitikken og en melding om primærhelsetjenesten frem. Sist-

nevnte er den første i sitt slag som beskriver primærhelsetjenesten som en helhetlig helse-tjeneste.

- Høsten 2015 legges Nasjonal- helse og sykehusplan fram.
- Regjeringen vil legge frem en opptrappingsplan for rus og en opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering
- Reformen om fritt behandlingsvalg er allerede delvis innført ved at de offentlige sykehusene har fått økt frihet til å behandle flere pasienter, og pålegg om å øke anskaffelsene fra private leverandører. De nye pasientrettighetene knyttet til fritt behandlingsvalg legges fram for Stortinget i denne proposisjonen.
- Høsten 2014 kom meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, som skal bli et årlig dokument til Stortinget.

Alle disse meldingene og satsingene er viktige – både hver for seg og samlet. Regjeringen rustet helsetjenesten for fremtiden – og viderefører regjeringens politiske prosjekter som ble påbegynt i 2013 og som skal gjennomføres i regjering og i samarbeid med Venstre og KrF.

Regjeringen skal skape pasientens helsetjeneste. Det er det overordnede målet. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at:

- Makt flyttes fra andre som har makt, og til pasienten.
- Alle gode krefter tas i bruk – både offentlig og privat.
- Det skapes mestring – gjennom å fornye, forenkle og forbedre.

Det å skape pasientens helsetjeneste er lite kontroversielt når en sier det, men det blir fort kontroversielt når en gjør det. Et grunnleggende spørsmål er: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da? Dette er et radikalt spørsmål. Svaret skal vi ta på alvor – og det skal være bestemmende for arbeidet med pasientens helsetjeneste. Det innebærer at utfordringene må møtes på nye måter, at det må jobbes smartere og annerledes, og pasienter og medarbeidere må involveres i større grad enn i dag.

## 1.4 Økt valgfrihet til pasientene

Mange pasienter venter som nevnt unødvendig lenge på behandling på sykehus. Samtidig kan det være ledig kapasitet, både i offentlige og private virksomheter. Det kan oppleves som frustrerende

for dem som venter. De med god råd kan kjøpe seg ut av køen – mens de med dårlig råd må vente. Forslaget om fritt behandlingsvalg handler derfor om å utvide pasientens valgmuligheter, både i antall virksomheter som pasientene kan velge, og ved øke kapasiteten blant eksisterende valgbare virksomheter. Retten til fritt behandlingsvalg vil gi pasientene større valgfrihet, og ikke minst større mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet enn i dag.

Forslaget innebærer også en forenkling av rettighetssystemet. Pasientene gis en rettighetsbestemmelse som regulerer pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes, og hvor behandlingen skal finne sted. For pasientene er det avgjørende at det er enkelt å forstå hvilke virksomheter han eller hun kan velge når, og at denne virksomheten tilbyr forsvarlig behandling. Et enklere system vil gjøre det lettere å informere pasientene om hvilke valgmuligheter som finnes, og følgelig vil antagelig flere benytte seg av sine rettigheter. Det vil igjen kunne bidra til at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten blir bedre utnyttet.

Forslagene i denne proposisjonen innebærer altså at pasient- og brukerrettighetene utvides og forenkles, slik at alle pasienter kan nyte godt av retten til å velge hvor helsehjelpen skal ytes. Mer om forslaget til ny pasient- og brukerrettighet i kapittel 8.

## 1.5 Mer kjøp fra private gjennom anbud

Private aktører utgjør en viktig del av det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. Private aktører, både kommersielle og ideelle, fungerer både som et korrektiv til og en samarbeidspartner for de offentlige sykehusene, og er et bidrag til økt mangfold og kvalitet i tilbudet. Bruk av privat kapasitet vil være med på å redusere ventetiden for pasientene. Gjennom fritt behandlingsvalg får pasienter som ikke er tilfreds med tilgjengeligheten til de offentlige sykehusene en utvidet rett til å bli behandlet hos godkjente private virksomheter.

Departementet understreket samtidig i høringsnotatet at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud. Bruk av anbud er den mest effektive måten å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å levere tjenester for. Som en del av fritt behandlingsvalgreformen legges det derfor opp til økt bruk av anbud for å kjøpe private tjenester. Det var bred tilslutning i høringsrunden

til dette budskapet. Departementet ba i tilleggsdokument av 27. juni 2014 til oppdragsdokument 2014, de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud innen 1. november 2014. Departementet mottok disse strategiene fra de regionale helseforetakene høsten 2014.

Strategiene er utarbeidet innenfor rammen av føringene i høringsnotat om fritt behandlingsvalg. Strategiene skal bidra til å oppfylle målene for fritt behandlingsvalgsreformen – å mobilisere kapasitet i privat sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Strategien skal bidra til at det ytes trygge og nære helsetjenester til befolkningen i den enkelte region uavhengig av om tjenesten ytes av offentlige eller private aktører. Det primære er at tilbudene til sammen utfyller hverandre slik at tilbudene er tilgjengelige og dekker pasientenes behov. Sentrale elementer i strategien er gode behovsvurderinger, godt samarbeid mellom offentlige og private aktører, fleksibilitet i de inngåtte avtalene og god avtaleoppfølging.

I foretaksprotokollen for 2015 ble dette fulgt opp av departementet:

«Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å øke omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk innenfor rammen av vedtatte strategier for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere av helsetjenester. Anskaffelsene skal bl.a. rettes inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehals og videreutvikle samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere»

## 1.6 Større frihet til offentlige sykehus

Det store volumet av pasientbehandling skjer i de offentlige sykehusene. Det er her de største gevinstene av fritt behandlingsvalg i form av reduserte ventetider må realiseres. Gjennom avvikling av aktivitetstaket f.o.m. 2015 er det lagt til rette for at de offentlige sykehusene kan respondere på økt konkurranse om pasientene som følge av fritt behandlingsvalg. Volumet av pasientbehandling knyttet til fritt behandlingsvalg og økt bruk av anbud trenger ikke nødvendigvis bli stort for å gi denne effekten. Det var bred tilslutning fra høringsinstansene til forslaget om å oppheve aktivitetstaket.

Systemet med aktivitetsstyring hadde en klar historisk begrunnelse. Ved innføring av helseforetaksreformen ble det lagt stor vekt på at helseforetakene skulle redusere ventetidene. Samtidig ble det i de årlige budsjettene lagt til grunn uendret aktivitet. Dette førte til en betydelig større aktivitetsvekst enn det var finansieringsgrunnlag for. Dette bidro til store underskudd. For å bedre kostnadskontrollen har aktiviteten fra 2004 kommet til uttrykk som en bestilling av antall DRG-poeng i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det ble i tillegg fra 2008 i de årlige budsjettene bevilget midler til å finansiere aktivitetsvekst. Dette har bidratt til mer bærekraftig sykehusøkonomi. Under systemet med aktivitetsstyring skulle sykehusene i utgangspunktet ikke øke aktiviteten utover fullfinansiert aktivitetsvekst i statsbudsjettet selv om de eventuelt skulle ha kapasitet og økonomi til dette. Man har samtidig de siste årene akseptert at antall produserte DRG-poeng i sykehusene årlig har blitt litt høyere enn nivået som settes i de årlige budsjettene. Denne merveksten har kun blitt dekket opp av ISF-refusjonen.

Dersom systemet for aktivitetsstyring hadde blitt videreført, måtte imidlertid økt aktivitet innen somatikk hos fritt behandlingsvalgleverandører i prinsippet motsvares av redusert aktivitet hos de offentlige sykehusene. Å flytte ventelisten fra offentlig til privat sektor gir ikke kortere ventetider samlet sett og motvirker et viktig mål med fritt behandlingsvalg – nemlig å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre. I tillegg ville en slik flytting av aktivitet trolig endre prioriteringene siden det neppe vil være sammenfall mellom pasientgruppene som omfattes av henholdsvis aktivitetsøkningen i privat sektor og aktivitetsnedgangen i de offentlige sykehusene.

Gjennomsnittlig ventetid for somatisk sektor har økt med fem dager fra 2006 til 2013, og fra 2008 til 2012 holdt den budsjetterte aktivitetsveksten bare så vidt følge med det økte behovet for spesialisthelsetjenester. Etter departementets vurdering har styringen på aktivitet de siste årene bidratt til at foretak med effektiviseringsmuligheter ikke har kunnet øke behandlingen og redusere ventetider. Samtidig gikk alle de regionale helseforetakene med overskudd i 2013, og det er etablert god kostnadskontroll. Det er utarbeidet bærekraftige langtidsplaner for investeringer og drift som gir sterke insentiver til effektivisering og ansvarlig drift. Flere sykehus kan fremover ha potensial til å øke aktiviteten uten å gå med underskudd eller avvike fra langtidsplanene sine.



Riksrevisjonen undersøkelse av effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) indikerer at det er betydelige produktivitsforskjeller mellom sykehusene. Riksrevisjonen konkluderer med at sykehusene kan bli mer effektive gjennom å forbedre organiseringen av pasientbehandlingen og utnytte kapasiteten bedre. Departementet har fulgt dette opp gjennom foretaksprotokollen for 2015:

«Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet

Det er et lovpålagt ansvar for de regionale helseforetakene å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og til at ressursene blir utnyttet best mulig. Det er imidlertid stor variasjon både i ventetider og effektivitet mellom sykehusene, jf. bl.a. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) og tall for ventetid fra Norsk Pasientregister (NPR).

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder:
  - sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet
  - implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp
  - identifisere flaskehalsar i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse
  - angi tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker, operasjonsstuer og utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet og hvordan private aktører benyttes mer målrettet
- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet innen 1. april 2015. Departementet vil legge planene til grunn for oppfølgingsmøtene gjennom 2015.»

Ved å forlate systemet med streng aktivitetsstyring er det lagt til rette for at sykehusene kan

møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Samtidig gir dette også rom for at de regionale helseforetakene kan styre aktivitetsøkningen mot de mest effektive behandlingseenhetene.

Staten påtar seg større økonomisk risiko ved å styre på denne måten. Aktivitet utover budsjettet vil utløse 50 prosent ISF-refusjon. Departementet understreker samtidig at det fortsatt stilles tydelige krav til sykehusene om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft. Det er nødvendig for å redusere risikoen for at sykehusene øker aktiviteten på bekostning av nødvendige årlige avsetninger til investeringer. I tillegg innførte regjeringen i 2014 regelen om at det skal være høyere vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk. Dette vil redusere risikoen for utilsiktede prioriteringer bort fra tjenester som i dag ikke omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd. Endring av aktivitetsstyring går videre hånd i hånd med styring på måloppnåelse sett opp mot kravene til kvalitet og resultater som fastsettes i styringsdokumentene. Utviklingen i aktiviteten som følge av endringene i aktivitetsstyringen, innføring av fritt behandlingsvalg og økt ISF-andel, skal følges nøye av beregningsgruppen for ISF og poliklinikk. Beregningsgruppens vurderinger skal inngå i grunnlaget for fremtidig aktivitetsstyring og senere utvidelser av fritt behandlingsvalg.

Psykisk helsevern og rus er finansiert over basisbevilgningen, og omfattes ikke av aktivitetsstyringen. For disse områdene vil derfor de regionale helseforetakene fortsatt bære risikoen dersom aktiviteten blir høyere enn anslått. For å unngå flytting av venteliste fra offentlig til privat sektor innen disse områdene, er det derfor avgjørende at utgiftene til fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og rus budsjetteres realistisk, og kommer i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Etter departementets vurdering vil imidlertid brorparten av volumet i ordningen med fritt behandlingsvalg på sikt komme innen somatikk, og det er her behovet for å avlaste de regionale helseforetakene for risiko er størst.

## 1.7 Særlig om ideell sektor

I spesialisthelsetjenesten yter mange ideelle organisasjoner en viktig innsats som tjenesteleverandører. De har høy kompetanse og stort engasjement, og kan bidra til nye løsninger. De fleste ide-

elle høringsinstansene er positive til de forslagene som departementet la frem i høringen. I høringen tas det også opp problemstillinger som ikke er knyttet til selve forslagene som sådan, men som er mer direkte knyttet til de ideelles rammevilkår.

Regjeringen ønsker å ta alle gode krefter i bruk, og ønsker en ny kurs i synet på samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private og ideelle aktører. Mangfold bidrar til valgfrihet, innovasjon og effektivitet. Det er pasientenes

behov som skal stå i sentrum. Det er blant annet derfor Regjeringen fremmer forslag om fritt behandlingsvalg.

I tillegg til fritt behandlingsvalg jobber Regjeringen også med å finne tiltak som kan videreutvikle rammevilkårene for de ideelle tjenesteleverandørene på helse- og sosialområdet. Regjeringen ønsker blant annet å videreføre og videreutvikle samarbeidsavtalen med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester.

## 2 Bakgrunn for proposisjonen

Høringsnotat om fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten ble sendt på høring 15.06.2014 med høringsfrist 16.09.2014.

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Fylkesmennene  
Sysselmannen på Svalbard

Riksrevisjonen  
Stortingets ombudsmann for forvaltningen  
Sametinget

Barneombudet  
Datatilsynet  
Forbrukerombudet  
Forbrukerrådet  
Helsedirektoratet  
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)  
Likestillings- diskrimineringsombudet  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse  
Norges forskningsråd  
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)  
Pasientskadenemnda  
Personvernemnda  
Regjeringsadvokaten  
Riksrevisjonen  
Sametinget  
SINTEF Helse  
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell  
Statens Helsepersonellnemnd  
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)  
Statens helsetilsyn  
Statens legemiddelverk  
Stortingets ombudsmann for forvaltningen  
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard  
Landets fylkeskommuner  
Landets helseforetak  
Landets kommuner  
Landets regionale helseforetak  
Landets høyskoler (m/helse fagl. utdanning)  
Landets pasientombud

Landets private sykehus

Akademikerne  
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem  
Blå Kors Norge  
Borgestadklinikken  
DELTA  
Den Norske Legeforening  
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål  
Fagforbundet  
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge  
Fellesorganisasjonen FO  
Finans Norge  
Forbundet mot rusgift  
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Fylkesrådet for funksjonshemmede  
Helse- og sosialombudet i Oslo  
Helsetjenestens Lederforbund  
Kommunenes Sentralforbund (KS)  
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk  
Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse  
Landsorganisasjonen i Norge (LO)  
LAR Nett Norge  
Mental Helse Norge  
NA, Anonyme Narkomane  
Nasjonalforeningen for folkehelsen  
Nettverket for private helsevirksomheter  
Norsk Cøliakiforening  
Norsk Epilepsiforbund  
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid  
Norsk Pasientforening  
Norsk Psykologforening  
Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)  
Norsk sykepleierforbund  
Norsk Tjenestemannslag (NTL)  
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)  
PARAT  
PARAT Helse  
PRO-LAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR  
PRO-Sentret  
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse  
Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)  
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)

Rådet for psykisk helse	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)
SPEKTER	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Likestillings- og diskrimineringsombudet
Unio	Lørenskog kommune
Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte	Mental Helse Nordland
Virke	Modum Bad
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	NHO Service
Følgende høringsinstanser har hatt kommentarer til høringen:	Nordlandssykehuset HF
Akershus universitetssykehus HF	Norges optikerforbund
Akershus universitetssykehus HF – Brukerutvalget	Norsk Kiropraktorforening
Aleris Helse AS	Norsk Manuellterapeutforening
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Norsk Psykologforening
Askim kommune	Norsk Radiografforbund
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Norsk Revmatikerforbund
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet	Norsk Sykepleierforbund
Birkenes kommune	Nittedal kommune
Blå Kors	Oppfølgingsenheten Frisk
Borgestadklinikken – Blå Kors Sør BA	Organisasjonen Voksne for Barn
Bømlo kommune	Oslo kommune
Bærum kommune	Oslo universitetssykehus HF
Curato Røntgen AS	Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Den norske legeforening	Norsk Gestaltterapeut Forening
Drammen kommune	Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)
Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon	Pensjonistforbundet
Fellesorganisasjonen	Riksrevisjonen
Finnmarkssykehuset	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Fredrikstad kommune	Rådet for psykisk helse
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)	Råd for likestilling av funksjonshemmede i Buskerud
Fylkesmannen i Buskerud	Sande kommune
Fylkesmannen i Finnmark	Sigma Nord
Fylkesmannen i Oslo og Akershus	Sola kommune
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	Statens Helsetilsyn
Helgelandssykehuset HF	Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo
Helsedirektoratet	Stokke kommune
Helsekøen.no	Sørlandet Sykehus HF
Helse Midt-Norge RHF	Sykehuset Telemark HF
Helse Nord RHF	Sykehuset Vestfold HF
Helse Sør-Øst RHF	Sykehuset Østfold HF
Helse Sør-Øst Brukerutvalget	Unge funksjonshemmede
Helse Sør-Øst Fagrådet for TSB	Universitetet i Tromsø
Helse Vest RHF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Justis- og beredskapsdepartementet	Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Brukerutvalget
Kreftforeningen	UNIO
Kristiansand kommune	Volvat Medisinske Senter AS
Kommunal- og moderniseringsdepartementet	VIRKE
Kommunesektorens organisasjon (KS)	Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsslaget eller at de ikke ønsker å avgi høringssuttalelse:
Kunnskapsdepartementet	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Landets fire regionale brukerutvalg	Forbrukerrådet
Landets pasient- og brukerombud	Forsvarsdepartementet

Klima- og miljødepartementet  
Landbruks- og matdepartementet  
Norges forskningsråd

Statens legemiddelverk  
Utenriksdepartementet

### 3 Utvikling i ventetid og bruk av private

#### 3.1 Utviklingen i ventetider

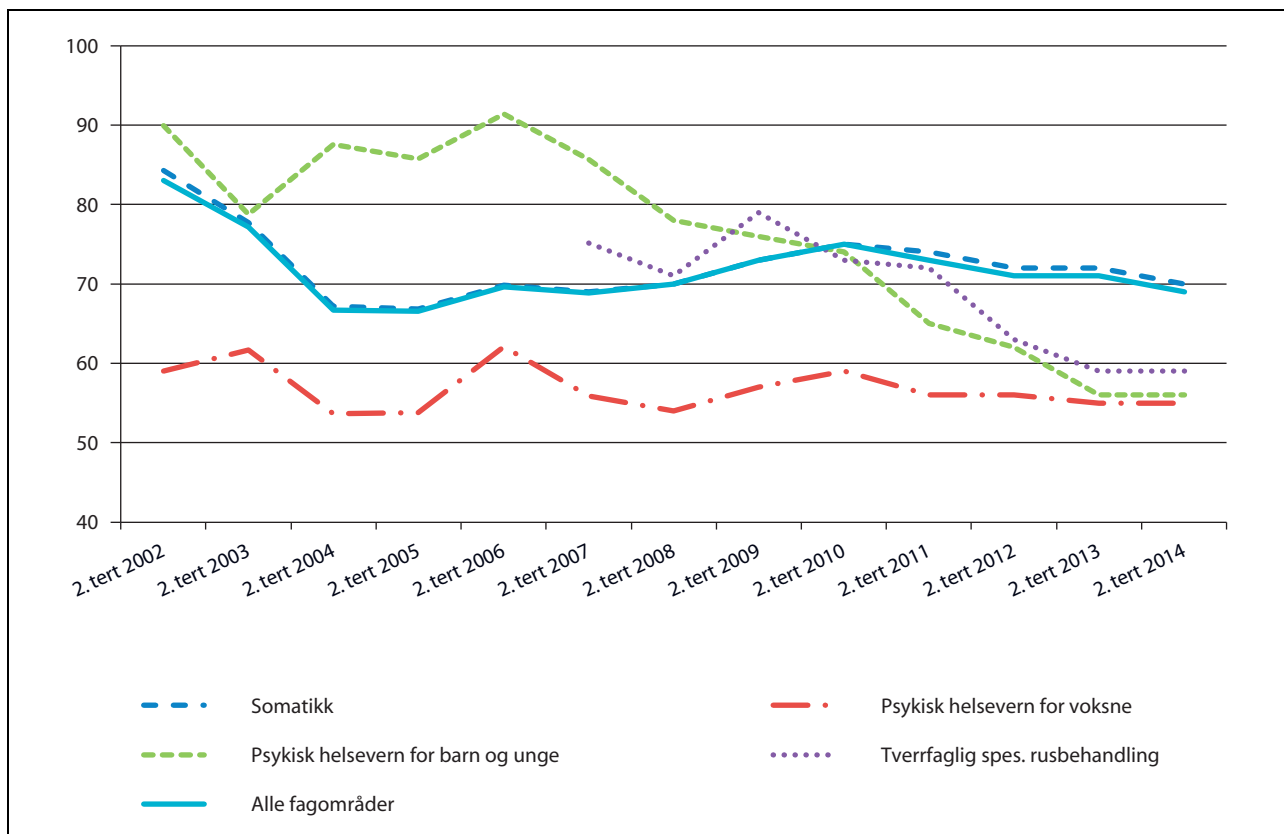
Ventetid til utredning eller planlagt behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor sentralt i den daglige driften av sykehusene. Lange ventetider i spesialisthelsetjenesten var viktig i grunnlaget for sykehusreformen i 2002 (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)). I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene er reduserte ventetider et sentralt krav.

Ventetiden gikk ned i de første årene etter sykehusreformen, jf. figur 3.1.<sup>1</sup> Noe av nedgangen kan kanskje forklares med rydding i venteliste-

statistikken. Samtidig varierer utviklingen mellom områder. Ventetidene er redusert kraftig for psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig

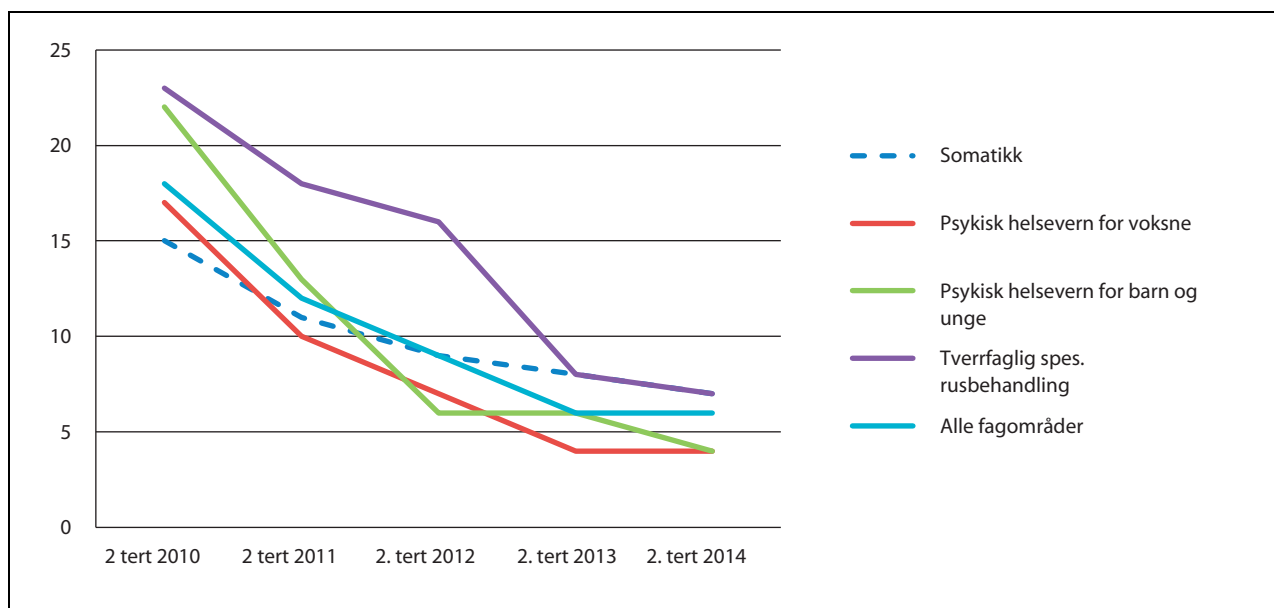
<sup>1</sup> Norsk pasientregisters venteliste-statistikk er basert på eksterne henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, samt henvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten, dersom det gjelder et nytt syketilfelle for pasienten. Gjennomsnittlig ventetid betegner tiden fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten og til helsehjelp er igangsatt. I retningslinjene for registrering fremgår det at pasienter med en uavklart tilstand skal avvikles fra ventelisten ved utredningsstart, mens pasienter med en avklart tilstand avvikles fra ventelisten når pasienten møter til behandling. Ventetid beregnes for alle pasienter som er tatt til behandling i det enkelte år.

Statistikken inneholder ikke opplysninger om ventetider for private tjenesteytere som har avtale med de regionale helseforetak innen somatisk sektor. Den inneholder heller ikke opplysninger om ventetider for røntgen- og laboratorieundersøkelser, og private avtalespesialister utenfor sykehus med avtale.



Figur 3.1 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede for 2. tertial 2002–2014

Kilde: Norsk pasientregister (NPR).



Figur 3.2 Andel fristbrudd (prosent) per sektor på landsbasis. 2. tertial 2010–2. tertial 2014<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pga. mangelfull rapportering er tidsseriedata for fristbrudd vanskelig å bruke før 2010.

Kilde: Norsk pasientregister.

spesialisert rusbehandling. Siden 2005 har imidlertid ventetiden for pasienter som venter på somatisk behandling økt. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til kvaliteten på ventetidsregistreringen, og utviklingen i tallene må tolkes med varsomhet, jf. omtale i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2015 om kvaliteten på ventetidsdata i spesialisthelsetjenesten.

Antall ventende er et øyeblikkstill som først og fremst forteller noe om størrelsen på etterspørselen etter utredning/behandling per sluttdato i en rapporteringsperiode. Isolert sett sier antall ventende ingenting om hvor lenge pasientene venter. Ved utgangen av andre tertial 2014 var det om lag 243 000 som ventet på spesialisthelsetjeneste. De aller fleste av disse venter på somatisk behandling. Rundt 11 400 pasienter ventet på behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 3.2 Utviklingen i fristbrudd

Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal få en dato for når utredning eller behandling senest skal starte. Fristbrudd oppstår når helsehjelpen ikke har startet til den oppsatte fristen. Fristen er en del av pasient- og brukerrettighetene, og sikrer prioritet for pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene. Andel registrerte fristbrudd er redusert i alle sektorer siden

2010, jf. figur 3.2. I andre tertial 2014 var det seks prosent som ikke fikk påbegynt utredning eller behandling innen fristen. Andelen fristbrudd er noe høyere innen somatikk enn innen psykisk helsevern. Utviklingen har vært positiv de siste årene, og må blant annet ses i sammenheng med konkrete måltall om dette i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

### 3.3 Hva venter pasientene på?

#### Fordeling av ventende på omsorgsnivå

Tabell 3.1 nedenfor viser at majoriteten av pasientene blir henvist til poliklinikk i alle sektorer, med unntak av henvisninger til TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Den samme fordelingen gjelder når en ser på pasienter som har påbegynt helsehjelp og pasienter som venter. Fordelingen er stabil over tid. Om lag 4 av 5 på venteliste venter på utredning.

#### Fordeling av ventetid etter somatisk fagområde

Tabell 3.2 nedenfor viser ventetid fordelt etter somatiske fagområder. Andelen pasienter som hadde ventet over tre måneder er vist i siste kolonne. En høy andel pasienter som har ventet over tre måneder kan indikere lav kapasitet i forhold til behovet. Lang ventetid gir også et uttrykk for de medisinske prioriteringene som er gjort i

Tabell 3.1 Andelsvis fordeling av nyhenviste, ordinært avviklede og ventende på omsorgsnivå. 2. tertial 2012–2014

Sektor/omsorgsnivå		Nyhenviste			Ord. Avviklede			Ventende (31.08)		
		2. tert 2012	2. tert 2014 2. tert 2013	2. tert 2012	2. tert 2013	2. tert 2014	2. tert 2012	2. tert 2013	2. tert 2014	
Somatikk	Poliklinikk	88	89	90	88	89	90	88	89	90
	Dagbehandling	6	6	5	6	6	5	6	6	6
	Innleggelse	5	5	4	5	5	5	5	4	4
PHV-V	Poliklinikk	90	91	93	90	91	92	90	90	94
	Dagbehandling	1	0	1	1	0	1	1	0	1
	Innleggelse	9	8	6	9	8	8	9	10	5
PHV-BU	Poliklinikk	98	99	99	98	99	99	98	99	99
	Dagbehandling	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Innleggelse	1	1	1	1	1	1	1	1	0
TSB	Poliklinikk	59	63	74	59	63	69	59	52	58
	Dagbehandling	1	1	0	1	1	1	1	1	0
	Innleggelse	40	36	25	40	36	31	40	48	41

klinikken. Det er for eksempel sannsynlig at en stor andel pasienter som venter lenge på plastikkkirurgi og ortopedisk kirurgi har mindre alvorlige tilstander. Ulik ventetid mellom fagområder må

også delvis ses i lys av at det er behov for noe ulik planlegging og tid avhengig av hva pasienten feiler og kommer til behandling for.

Tabell 3.2 Antall ordinært avviklede etter ventetid, andel med ventetid over tre måneder og andel etter somatiske fagområder. 2. tertial 2014

Fagområde	<1 mnd	1–2 mnd	3–5 mnd	6–11 mnd	1–4 år	>4 år	Totalt	Antall	Andel
								over 3 mnd	over 3 mnd
Patologi	2	1	2	0	0	0	5	2	40 %
Anestesiologi	365	523	346	234	3	0	1471	583	40 %
Ortopedisk kirurgi	7314	15328	10105	2676	459	8	35890	13248	37 %
Kjevekirurgi og munn- hulesykdom	644	877	510	300	63	1	2395	874	36 %
Øre-nese-hals syk- dommer	6906	9852	6467	2216	199	5	25645	8887	35 %
Yrkes- og arbeids- medisin	54	222	120	18	2	0	416	140	34 %
Plastikkkirurgi	1635	1387	865	485	162	11	4545	1523	34 %
Karkirurgi	1327	1529	761	433	214	0	4264	1408	33 %



Tabell 3.2 Antall ordinært avviklede etter ventetid, andel med ventetid over tre måneder og andel etter somatiske fagområder. 2. tertial 2014

Fagområde	<1 mnd	1–2 mnd	3–5 mnd	6–11 mnd	1–4 år	>4 år	Totalt	Antall over 3 mnd	Andel over 3 mnd
Øyesykdommer	3847	6159	2655	1166	358	4	14189	4183	29 %
Thoraxkirurgi	123	110	66	23	5	0	327	94	29 %
Nevrologi	2547	5525	2080	646	254	15	11067	2995	27 %
Nevrokirurgi	513	1024	465	79	13	6	2100	563	27 %
Lungesykdommer	2713	2600	1580	349	14	0	7256	1943	27 %
Urologi	3400	6075	2568	516	112	8	12679	3204	25 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	1	0	1	0	0	4	1	25 %
Generell indremedisin	687	532	200	152	38	0	1609	390	24 %
Barnekirurgi	207	550	211	18	2	0	988	231	23 %
Endokrinologi	1662	2804	831	441	69	0	5807	1341	23 %
Generell kirurgi	4087	3461	1318	721	192	4	9783	2235	23 %
Gastroenterologisk kirurgi	4170	4289	1632	604	184	4	10883	2424	22 %
Habilitering barn og unge	80	382	116	15	1	0	594	132	22 %
Fysikalsk medisin og (re)habilitering	2178	4301	1612	194	32	0	8317	1838	22 %
Hud og veneriske sykdommer	3470	3737	1617	334	59	4	9221	2014	22 %
Habilitering voksne	120	339	100	26	2	0	587	128	22 %
Revmatiske sykdommer	2555	4341	1262	507	138	1	8804	1908	22 %
Transplantasjon, utredning og kirurgi	10	27	10	0	0	0	47	10	21 %
Nukleærmedisin	1	3	1	0	0	0	5	1	20 %
Nyresykdommer	524	674	221	46	12	0	1477	279	19 %
Geriatrici	337	751	220	22	4	0	1334	246	18 %
Hjertesykdommer	5398	10185	2630	516	206	7	18942	3359	18 %
Barnesykdommer	2909	5755	1517	286	21	1	10489	1825	17 %
Klinisk nevrofysiologi	1770	2602	805	76	9	0	5262	890	17 %
Medisinsk genetik	773	458	146	60	40	0	1477	246	17 %
Fordøyelses- sykdommer	6820	7751	1837	442	94	3	16947	2376	14 %

Tabell 3.2 Antall ordinært avviklede etter ventetid, andel med ventetid over tre måneder og andel etter somatiske fagområder. 2. tertial 2014

Fagområde	<1 mnd	1–2 mnd	3–5 mnd	6–11 mnd	1–4 år	>4 år	Totalt	Antall over 3 mnd	Andel over 3 mnd
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	17188	13114	3263	658	66	0	34289	3987	12 %
Infeksjonssykdommer	1376	590	207	9	3	1	2186	220	10 %
Blodsykdommer	1012	747	150	15	2	0	1926	167	9 %
Radiologi	22	11	1	0	0	1	35	2	6 %
Onkologi	1780	540	83	23	8	2	2436	116	5 %
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	1479	731	74	30	4	0	2318	108	5 %
Rehabilitering	11	6	0	0	0	0	17	0	0 %
Klinisk kjemi	1	0	0	0	0	0	1	0	0 %
Habilitering	0	0	0	0	0	0	0	0	
Klinisk farmakologi	0	0	0	0	0	0	0	0	
Medisinsk mikrobiologi	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Totalt alle fagområder</b>	<b>92019</b>	<b>119894</b>	<b>48654</b>	<b>14337</b>	<b>3044</b>	<b>86</b>	<b>278034</b>	<b>66121</b>	<b>24 %</b>

### 3.4 Antall nyhenviste og aktivitetsutvikling påvirker ventetidene

Det er flere forhold som påvirker utviklingen i ventetidene. Antall nyhenvisninger til spesialisthelsetjenesten og aktivitetsutviklingen er åpenbart viktig. I tillegg vil andre forhold som for eksempel rydding i ventelister, sykehusenes registreringspraksis og bruk av fritt sykehusvalg påvirke tallene.

Antall nyhenviste per år har økt jevnt siden 2002, og i løpet av 2013 ble om lag 1 367 000 henvisninger vurdert. De fleste aktivitetsmålene innen somatikk, psykisk helsevern og TSB har økt de siste årene. Om lag hver tredje person bosatt i Norge, eller 1,8 millioner unike individer, var innom en poliklinikk, til dagbehandling eller hadde et døgnopphold i et somatisk sykehus i 2012.

En viktig driver i antall nyhenvisninger og aktivitetsveksten er befolkningsveksten i Norge. Fra 2002 til 2013 har befolkningen økt med om lag 500 000 personer. Befolkningsveksten har tiltatt de siste årene og har økt med 1,3 prosent per år siden 2008. I tillegg er det sterkest vekst i de eldste aldersgruppene, som forbruker relativt sett

mer spesialisthelsetjenester enn de yngre. For 2014 er det derfor anslått at aktiviteten må vokse med 1,5 prosent for å holde nivået på aktiviteten i spesialisthelsetjenesten per innbygger i ulike aldersgrupper konstant, jf. Prop. 1 S (2013–2014). Statistisk sentralbyrås (SSB) framskrivninger av befolkningen på lengre sikt viser at befolkningen øker, og det er særlig blant de eldre som er de tyngste brukerne av helsetjenester at befolkningen vil øke. Implementering av nye behandlingsmetoder, ny teknologi og utvikling av nye legemidler bidrar i tillegg til forventninger om økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

### 3.5 Bruk av private i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten<sup>2</sup>

Private utfører tjenester innen ulike sektorer og gjennom ulike avtaleforhold. Avtalespesialistene

<sup>2</sup> Alle tall og definisjoner brukt i dette delkapittelet er hentet fra Helsedirektoratets publikasjon *SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2013*. Hele rapporten kan lese her: <http://helse-direktoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2013/Publikasjoner/is-2194-samdata-2013.pdf>

Tabell 3.3 Helseforetakenes kjøp hos private aktører målt i mill kroner. Justert for prisvekst, 2013=100.

	2009	2010	2011	2012	2013	Pst real- endring 2009–2013	Pst real- endring 2012–2013
1. Kommersielle sykehus	486	359	387	417	419	-13,9	0,4
3. Rehabiliterings- og opptrenings- institusjoner	1 479	1 470	1 416	1 437	1 488	0,6	3,5
4. Psykisk helsevern	0	0	0	0	17		
5. Rusbehandling	1 388	1 366	1 332	1 305	1 232	-11,2	-5,6
Sum	3 353	3 195	3 135	3 159	3 156	-5,9	-0,1

har en egen finansieringsordning som i sum utløste om lag 3,1 mrd. kroner i offentlig finansiering i 2013. Det ble finansiert tjenester fra private laboratorie- og røntgeninstitutter for om lag 1,2 mrd. kroner i 2013. De regionale helseforetakene har langsiktige avtaler med en rekke ideelle institusjoner, slik som Lovisenberg og Haraldsplass, som hadde kostnader på 5,5 mrd. kroner i 2013.

I tillegg kjøper de regionale helseforetakene tjenester fra private gjennom kjøpsavtaler, inngått gjennom anskaffelse, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Helseforetakenes kjøp fra private aktører gjennom kjøpsavtaler var i 2013 på drøyt 3,2 mrd kroner. Dette var en nedgang på 5,9 prosent sammenlignet med 2009, en reduksjon på om lag 200 mill kroner målt i faste priser, se tabell 3.3.

Helseforetakenes kjøp fra private kommersielle sykehus innen somatikk, for eksempel Aleris Helse og Colosseumklinikene, var på om lag 419 mill kroner. Sammenlignet med 2009 er dette en nedgang på om lag 14 pst. Helseforetakenes kjøp fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner var på om lag 1,5 mrd kroner i 2013, stabilt sammenlignet med 2009. Ved rusinstitusjonene utgjorde helseforetakenes kjøp om lag 1,2 mrd kroner i 2013. Dette er en nedgang på 155 mill kroner sammenlignet med 2009.

Gjennom statsbudsjettet for 2014 ble det lagt til rette for økte anskaffelser innen TSB, psykisk helsevern og rehabilitering. De regionale helseforetakene gjennomførte anskaffelser i 2014 i tråd med dette.

## 4 Kort om historikk og utvikling

Etter sykehuslovens ikrafttredelse 1.1.1970 hadde sykehus og fødehjem en plikt til å motta en pasient hvis det etter foreliggende opplysninger måtte antas at den hjelp institusjonen kunne gi var påtrengende nødvendig, jf. § 6 første ledd. Plikten inntrådte ikke dersom institusjonen forvisset seg om at nødvendig hjelp kunne ytes av annen institusjon eller lege som etter forholdene var nærmere til å yte den, jf. § 6 andre ledd. Den som hadde det faglige ansvaret for behandlingen av pasienter ved institusjonen eller avdelingen på institusjonen kunne straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder for brudd på denne plikten, jf. § 6 tredje ledd.

Det fremgikk av § 2 at *«enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som nevnt i § 1 første ledd, slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området»*. Med andre ord hadde fylkeskommunene et ansvar for å sørge for at pasientene i fylket fikk tilgang til spesialisthelsetjenesten. Pasientene hadde etter denne loven ingen juridisk rett på behandling utover en rett til øyeblikkelig hjelp.

Ved legeloven av 1980 fikk pasientene en del prosessuelle rettigheter, blant annet rett til informasjon om sin helsetilstand og om behandlingen, rett til innsyn i journal og en rett til medvirkning under behandlingen, jf. legeloven §§ 25 tredje ledd og 46. Disse rettighetene ble senere anvendt analogisk overfor andre helsearbeidere enn leger.

I 1982 fikk pasienter gjennom kommunehelse-tjenesteloven § 2-1 en rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen vedkommende bodde eller midlertidig oppholdt seg. Det var første gang pasienter gjennom lovgivning fikk en juridisk materiell rettighet til helsehjelp som gikk utover en rett til øyeblikkelig hjelp.

I 1990 kom forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Denne forskriften var blant annet hjemlet i sykehusloven. Det fulgte av forskriften § 3-1 at institusjonen (sykehuset) hadde plikt til å følge de helsepolitiske målsetter og nasjonale prioriteringer. Avdelingsoverlegen skulle påse at pasienter på venteliste ble

prioritert i samsvar med de nasjonale prioriteringer for helsetjenesten.

Forskriften opererte med begrepene *«første prioritet»*, *«annen prioritet»* og *«øvrige prioritetsnivå»*, jf. §§ 3-2, 3-3 og 3-4. Første prioritets behandling var tiltak som var nødvendige i den forstand at det ville ha livstruende konsekvenser dersom tiltak ikke ble iverksatt raskt. Første prioritets behandling skulle iverksettes umiddelbart. Annen prioritets behandling var tiltak som ble ansett som nødvendige i den forstand at svikt ville få katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene. I øvrige prioritetsnivå var pasienter som ikke tilhørte de to første gruppene, og denne gruppen måtte vente til behandlingstilbud forelå.

Videre ble det i forskriften presisert at pasienter på andre prioritetsnivå som blir stående på ventelister for undersøkelse og/eller behandling, skulle registreres særskilt dersom de ikke hadde fått behandling innen seks måneder, jf. § 4-1. De pasientene som ble registrert særskilt skulle samtidig få beskjed om når behandling skulle tilbys.

Det forelå ikke juridiske materielle rettigheter for pasientene i noen av prioriteringsgruppene, men kun en rettslig forpliktelse for sykehusene til å oppfylle de krav forskriften stilte.

I 1997 ble forskrift om ventetidsgaranti fastsatt. Denne forskriften var hjemlet i sykehusloven. Det fulgte av forskriften § 7 at pasienter som ble henvist til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk skulle vurderes innen 30 dager etter at henvisningen var mottatt. Vurderingen skulle skje primært på grunnlag av henvisningen, eventuelt ved at det ble innhentet supplerende opplysninger eller at pasienten ble innkalt til undersøkelse.

Pasienten og henvisende lege skulle umiddelbart bli orientert om utfallet av vurderingen, og det skulle opplyses om tilstanden var alvorlig, samt hva slags videre utredning eller behandlingsprosedyre som var aktuell. Samtidig skulle pasienten få fremmøtedato for eventuell undersøkelse eller behandling. Dersom dette ikke var mulig, skulle pasienten få informasjon om hvor lang tid det var aktuelt å vente. Og dersom behandlingstilbud ikke kunne skaffes fordi det

ikke fantes ledig behandlingsskapasitet, skulle pasienten ha underretning uten ugrunnet opphold.

I forskriften § 8 fremgikk det at pasienter etter vurderingen av henvisningen, skulle få tilbud om undersøkelse og eventuelt påbegynt behandling på offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk innen tre måneder etter at henvisningen var motatt, så fremt tre vilkår var oppfylt. Vilkårene var at:

1. Pasienten skal ha et klart påregnelig og betydelig tap av livslengde eller livskvalitet dersom behandlingen utsettes, dvs.
  - vesentlig redusert levetid
  - vesentlig smerte eller lidelse store deler av døgnet, eller
  - vesentlige problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner, som næringsinntak eller toalettbesøk
2. Det foreligger god dokumentasjon for at utsiktene når det gjelder livslengde eller livskvalitet
  - vesentlig kan forbedres ved aktiv medisinsk behandling
  - vesentlig kan forverres uten behandling
  - eller at vesentlige behandlingsmuligheter kan forspilles ved utsettelse
3. De forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnadene.

Dersom institusjonen ikke kunne tilby behandling innen tre måneder, hadde fylkeskommunen ansvar for å skaffe behandlingstilbud ved annen institusjon innen fylket, eventuelt i annet fylke, men fortrinnsvis innen regionen. Samlet ventetid før behandling er påbegynt skulle ikke overstige tre måneder, selv om pasienten ble overført fra en institusjon til en annen.

I 1999 kom pasientrettighetsloven. I § 2-1 første ledd fremgikk det at pasienter har rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Av andre ledd første setning fremkom det at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette var første gang pasienter ble gitt en materiell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. I samme ledd ble det tatt inn en prosessuell bestemmelse om at helsetjenesten skulle gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trengte for å ivareta sin rett.

Det ble likevel presisert i tredje ledd at retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten bare gjaldt dersom pasienten kunne ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene stod i rimelig forhold til tiltakets effekt. Og i tillegg ble det i fjerde

ledd tatt inn en kapasitetsbegrensning. Det fremkom at retten til helsehjelp var begrenset til den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge og andre tjenesteytere i den utstrekning fylkeskommunen hadde inngått avtale med disse om tjenesteyting, og «bare innen de grenser kapasiteten setter». I femte ledd ble departementet gitt fullmakt til å gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp pasienten kan ha rett på, og tidsfristen for gjennomføring av dette.

I juni 2013 vedtok Stortinget fire sentrale endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Retten til vurdering ble endret fra 30 til 10 virkedager. Videre skal spesialisthelsetjenesten gi et tidspunkt til pasientene for når utredning eller behandling skal starte. Dette bør for de fleste pasienter være en konkret time for utredning eller behandling. Skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter ble også opphevet. Lovendringen innebærer at dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste har pasienten også en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og krav på en individuell fastsatt frist for når helsehjelpen skal igangsettes. I tillegg ble også ansvaret for å kontakte HELFO dersom man ser at pasienten ikke kan gis helsehjelp innen den juridiske fristen flyttet fra pasienten til sykehuset. Det innebærer at det er sykehuset som skal kontakte HELFO når det ser at fristen ikke kan oppfylles. Disse lovendringene er ikke trådt i kraft.

Fra 1. januar 2015 innføres pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastleger for fire kreftformer: brystkreft, prostatakreft, tykk- og endetarmskreft og lungekreft. I løpet av 2015 skal totalt 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere implementeres.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Pakkeforløp representerer ikke en ny pasientrettighet eller endringer i lov eller forskrift. På bakgrunn av pakkeforløpene skal et individuelt tilpasset pasientforløp tilrettelegges for den enkelte pasient. Pakkeforløpene bygger på de nasjonale handlingsprogrammene med retningslinjer for kreft.

Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene skal bedre samhandling mellom fastleger og sykehus og pasientene skal få informasjon underveis. Alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha en forløpskoordinator som skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele forløpet.

Pakkeforløpene har faglig baserte, differensierte forløpstider for utredningsforløpet. Forløpstidene skal monitoreres. Forløpstidene som registreres er tiden det tar fra henvisning er mot-

tatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart utredning, klinisk beslutning om diagnose og første oppstart av behandling.

## 5 Andre lands lovgivning

### 5.1 Sverige

---

Sverige er delt inn i 20 landsting som har ansvaret for å sørge for helsehjelp for dem som er bosatt i landstinget og akutt hjelp for alle som oppholder seg i landstinget. I kommuner som ikke er en del av et landsting hviler dette ansvaret på kommunen. Landstinget ledes av valgte politikere.

Hälso- och sjukvårdslagen er rammeloven for den svenske helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenester er definert i loven som alle tiltak for medisinsk å forebygge, utrede og behandle sykdommer og skader. Definisjonen omfatter også syketransport og omsorg for døde.

Etter Hälso- och sjukvårdslagens § 2 a skal helse- og omsorgstjenesten være god kvalitet, ha en god hygienisk standard og ivareta pasientens behov for trygghet i behandling og omsorg. Videre skal tjenesten være lett tilgjengelig og bygge på respekt for pasientens selvbestemmelse og integritet. Tjenesten skal også fremme god kontakt mellom pasienten og helsepersonellet og ivareta pasientens behov for kontinuitet og sikkerhet i omsorgen.

Omsorgen og behandlingen skal så langt det er mulig utformes og gjennomføres i samråd med pasienten. Ulike tiltak rettet mot pasienten skal samordnes på formålstjenelig vis.

Etter Hälso- och sjukvårdslagen § 3 g skal Landstinget tilby befolkningen i landstinget en garanti om helsehjelp. Garantien setter en tidsfrist for når man skal få tilgang til helsetjenesten. Garantien regulerer ikke om pasienten skal tilbys helsehjelp eller eventuelt hvilken helsehjelp som skal tilbys. Det er gitt forskrift om de frister som gjelder.

Garantien gjelder ikke ved utredninger og undersøkelser. Den gjelder heller ikke ved senere besøk for samme lidelse. Videre gjelder garantien ikke dersom man av medisinske hensyn bør vente lenger enn den tidsfrist som er satt. Garantien gjelder heller ikke hvis man har takket nei til et tilbud om helsehjelp ved en annen enhet. Unntatt er videre medisinsk service som for eksempel laboratorie- og røntgenundersøkelser.

Dersom garantien ikke overholdes skal landstinget påse at pasienten får helsehjelp hos en annen tjenesteyter uten ekstra kostnad for pasienten.

Det fremgår av Hälso- och sjukvårdslagen § 3 a og patientlagen (2014: 821) kap. 7 § 1 at pasienten skal ha mulighet til å velge det alternativet som han eller hun foretrekker når det finnes flere behandlingsalternativer som er i samsvar med vitenskaplig og utprøvd praksis. En forutsetning er at den valgte behandlingen fremstår som berettiget sett hen til den aktuelle sykdommen eller skaden og kostnadene.

Etter Hälso- och sjukvårdslagen § 3 a og patientlagen kap. 8 § 1 andre ledd skal pasienter med livstruende eller særskilt alvorlig sykdom eller skade ha mulighet til å få en fornyet vurdering av helsetjenesten i eget landsting eller i annet landsting. Det er et vilkår at den medisinske vurderingen kan innebære særskilte farer for pasienten eller ha stor betydning for dennes fremtidige livskvalitet. Pasienten skal tilbys den behandling som den fornyede vurderingen tilsier.

Pasienten skal gis tilpasset individuell informasjon om sin helsetilstand og om de metoder for undersøkelse, omsorg og behandling som finnes. Dette følger av Hälso- och sjukvårdslagen § 2 b og patientlagen kap. 3. Videre skal pasienten få informasjon om muligheten til å velge tjenesteytere innen den offentlig finansierte helsetjenesten. Pasienten skal også informeres om garantien om helsehjelp.

### 5.2 Danmark

---

Danmark er inndelt i fem regioner. Hver region ledes av et regionsråd som er demokratisk valgt. Sundhedsloven er en rammelov for den danske helsetjenesten. Det følger av sundhedsloven § 74 at Regionsrådet har ansvaret for «sygehusvæsenets» oppgaver i regionen. Regionsrådet har ansvaret for å sørge for sykehusbehandling til personer som er bosatt i regionen og akutt behandling til personer med midlertidig opphold i regionen. Et regionsråd «sygehusvæsen» omfatter regi-

onens egne sykehus og tilknyttede behandlingsinstitusjoner.

Enkelte private sykehus er en del av det offentlige helsetilbudet. Disse sykehusene er opplistet i sundhedsloven § 79 andre ledd. Regionsrådet kan samarbeide med andre regioners «sykehusvæsen» og inngå avtaler med private sykehus for å løse sine oppgaver. Regionsrådene i forening inngår avtale med private sykehus og klinikker i Danmark og/ eller i utlandet.

Sundhedsloven gir pasienter en rett til å velge blant regionsrådenes egne sykehus og samarbeidende sykehus. I tillegg setter loven generelle frister for behandling. Dersom fristen for behandling ikke kan overholdes, gis pasienten en utvidet rett til å velge sykehus. Pasienten kan i slike tilfeller velge å la seg behandle på private sykehus som regionsrådene har inngått avtale med.

Pasient som er henvist til sykehusbehandling kan velge mellom regionsrådets sykehus i bostedsregionen, i andre regioner og enkelte private spesialsykehus som er opplistet i sundhedsloven § 79 andre ledd, uansett behandlingstilbudet i bostedsregionen og kriterier for sykehusbehandling i «sykehusvæsenet» i bostedsregionen.

Det fremgår av sundhedsloven § 86 andre ledd at et sykehus kan avvise pasienter fra andre regioner hvis dette er begrunnet i kapasitetsmessige årsaker og hvis vesentlige hensyn til personer bosatt i regionen ellers vil bli satt til side. For psykiatriske pasienter kan retten til fritt sykehusvalg begrenses dersom hensynet til pasienten tilsier dette. Denne begrensningen gjelder ikke for diagnostiske undersøkelser.

Det foreligger etter sundhedsloven § 87 en utvidet rett til fritt sykehusvalg av private sykehus som regionen har inngått avtale med, dersom regionsrådet ikke innen 2 måneder etter henvisningen er mottatt kan tilby behandling ved egne sykehus eller et av de spesialsykehusene som regionsrådet samarbeider med eller vanligvis benytter. Når personen er henvist til behandling for en alvorlig sykdom, er fristen 1 måned. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor pasienten er utredet. I de tilfeller hvor pasienten ved henvisningen er utredet regnes fristen fra henvisningen er mottatt på regionsrådets sykehus. Ved beregningen av tiden medregnes ikke perioder hvor pasienter gjennomgår forundersøkellesforløp. Ventetider som overstiger to uker til hver enkelt undersøkelse medregnes imidlertid. En person som er tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sykehus, kan velge å bli behandlet på et avtalesykehus, dersom regionsrådet endrer datoen for behandling.

En pasient som er undersøkt på et avtalesykehus og som trenger behandling raskt, kan velge å bli behandlet på avtalesykehuset, hvis dette sykehuset kan tilby behandling i umiddelbar forlengelse av undersøkelsen. Retten til undersøkelse og behandling på et avtalesykehus for denne gruppen bortfaller dersom ventetiden til undersøkelse eller behandling der overstiger ventetiden på bostedsregionens sykehus eller samarbeidssykehus.

Sundhedsstyrelsen har fastsatt maksimale ventetider for pasienter som lider av kreft, med noen få unntak, og visse nærmere bestemte hjertesykdommer. I disse tilfellene er det satt frist ved hvert enkelt steg i behandlingsforløpet. Etter sundhedsloven § 88 fremgår det at disse pasientene innen 8 virkedager skal få beskjed om regionsrådet kan tilby behandling ved sitt «sykehusvæsen» innen den maksimalt fastsatte ventetiden. Dersom slik behandling ikke kan tilbys innen fristen på regionens sykehus, skal pasienten tilbys behandling på sykehus i en annen region eller på privat sykehus innenlands eller i utlandet.

Dersom regionsrådet ikke kan skaffe et behandlingstilbud innen fristen, skal regionsrådet dersom pasienten ønsker det, meddele dette til Sundhedsstyrelsen som skal forsøke å skaffe et tilbud til pasienten. Regionsrådet og Sundhedsstyrelsen plikter ikke å henvise pasienten til behandling ved et sykehus, dersom behandlingstaksten er urimelig høy eller utgiftene til transport og opphold er uforholdsmessig høye. Dersom Sundhedsstyrelsen heller ikke klarer å skaffe et tilbud, kan pasienten selv finne et tilbud hos private innenlands eller utenlands. Pasienten ytes i så fall tilskudd tilsvarende det behandlingen gjennomsnittlig ville ha kostet i Danmark, men begrenset oppad til hva behandlingen ved det private sykehuset faktisk kostet.

Regionsrådet har anledning til å tilby en pasient en henvisning til behandling i utlandet også i andre tilfelle enn det som er nevnt ovenfor, jf. sundhedsloven § 89 første ledd. I de tilfellene der behandling ikke kan ytes på et dansk sykehus, ved for eksempel manglende kompetanse, skal regionsrådet etter sundhedsloven § 89 andre ledd tilby pasienten en henvisning til behandling i utlandet. Et vilkår er at henvisningen er anbefalt av den sykehusavdelingen som har høyest innenlandsk spesialkunnskap, og at Sundhedsstyrelsen har godkjent anbefalingen fra sykehusavdelingen.

Dersom en sykehusavdeling med lands- eller landsdelsfunksjon har anbefalt en henvisning kan Regionsrådet også tilby en pasient henvisning til forskningsmessig behandling i utlandet, hvis



behandling ikke kan ytes på dansk sykehus, jf. sundhedsloven § 89 tredje ledd.

Regionsrådet skal innen 8 virkedager etter at rådets sykehus har mottatt en henvisning opplyse pasienten om dato og sted for undersøkelse eller behandling, jf. sundhedsloven § 90. Videre skal pasienten opplyses om han kan tilbys undersøkelse eller behandling innen de frister som gjelder.

Pasienten skal også informeres om retten til å velge sykehus, videre ventetider på diagnostiske undersøkelser eller behandling ved sykehuset pasienten er henvist til og ved regionens egne sykehus, sykehus i andre regioner samt de private spesialsykehusene som inngår i det offentlige helsetilbudet. I tillegg skal regionsrådet opplyse pasienten om antallet diagnostiske undersøkelser og behandlinger som foregår på sykehuset. Dersom pasienten tilbys henvisning til annet sykehus skal dette også opplyses.

### 5.3 Finland

Det er kommunene som har ansvaret for å sørge for nødvendige primær- og spesialisthelsetjenester i Finland. Det følger av lag om spesialisert sjukvård 1.12.1989/1062 § 7 at kommunene er delt inn i 20 sjukvårdsdistrikter. For å organisere spesialisthelsetjenesten skal kommunene som utgjør et sjukvårdsdistrikt inngå i en samkommune, jf. samme lov § 3. Samkommunene ledes av et organ med medlemmer som er valgt av de enkelte kommunene som inngår i samkommunen. Antallet medlemmer fra den enkelte kommune i samarbeidsorganet baseres på innbyggertallet i vedkommende kommune.

Det følger av hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 («hälso- och sjukvårdslagen») § 34 at kommunene som inngår i et sjukvårdsdistrikt skal utarbeide en felles plan for helse- og omsorgstjenester. Planen utarbeides for fire år av gangen og følges opp og oppdateres ved behov årlig.

Sosial- og helseministeren har ansvaret for den generelle planleggingen, styringen og tilsynet med den spesialiserte helsetjenesten. Regionsforvaltningsverket har ansvaret for planleggingen, styringen og tilsynet av spesialiserte helsetjenesten i sitt område.

Kommunene har ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til personer som er bosatt i kommunen. I tillegg har kommunen ansvaret for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester til personer som oppholder seg i kommu-

nen og som kan fremvise EHIC-kort, samt deres familiemedlemmer.

Kommunen har ansvaret for å sørge for øyeblikkelig hjelp også til dem som ikke er bosatt i Finland.

Det fremgår av lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992 («patientställningslagen») § 3 at alle som er bosatt i Finland uten diskriminering og innenfor grensene for de ressursene som står til helsetjenestens disposisjon til enhver tid, har rett til slike helse- og omsorgstjenester som vedkommendes helsetilstand forutsetter. Når det gjelder personer som kun oppholder seg i Finland er retten begrenset til hva som er avtalt i gjensidige avtaler. Alle pasienter har rett til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Omsorgen og pleien skal utføres og pasienten ivaretas slik at hans menneskeverd ikke krenkes. Videre skal det utvises respekt for vedkommendes overbevisning og integritet. I møte med pasienten skal det så langt det er mulig tas hensyn til pasientens språk og individuelle behov, samt kulturelle preferanser.

Det følger av patientställningslagen § 4 at pasienter som ikke kan få nødvendige helsehjelp straks, på grunnlag av en vurdering av helsetilstanden, skal henvises til en venteliste eller henvises/sendes til et annet sted hvor slik helsehjelp kan ytes. Dersom pasienten må vente på helsehjelp, skal han underrettes om årsaken til forsinkelsen og forventet ventetid.

Ved øyeblikkelig hjelp skal pasienten motta helsehjelp omgående. Retten til øyeblikkelig hjelp skal ytes uten hensyn til hvor pasienten er bosatt, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 50.

Etter hälso- och sjukvårdslagen § 52 kreves det henvisning ved behov for planlagt spesialisthelsetjeneste. En vurdering av behovet for helsehjelp skal startes innen tre uker etter et sykehus eller annen virksomhet i spesialisthelsetjeneste har mottatt henvisningen. Dersom vurderingen av behovet for helsehjelp krever en spesialistvurdering, særskilt bildediagnostikk eller særskilte laboratorieundersøkelser skal vurderingen og de nødvendige undersøkelsene gjøres innen tre måneder fra det tidspunkt henvisningen ble mottatt av et sykehus eller annen virksomhet for spesialisthelsetjenesten som samkommunen er ansvarlig for. Vurderingen av pasienten skal kun baseres på medisinske eller odontologiske vurderinger, jf. hälso- och sjukvårdslagen § 52.

Den helsehjelpen som vurderes som nødvendig, skal starte innen rimelig tid ut i fra en vurdering av hvor mye det haster. Behandlingen skal imidlertid uansett starte innen seks måneder fra det tidspunktet behovet for helsehjelp ble fastslått.

Når det gjelder psykisk helsevern til barn og unge er det en tre ukers frist for å starte vurderingen av behovet for hjelp. Videre er det en seks uker frist for å foreta vurderingen og nødvendige undersøkelser, i de tilfelle det er behov for spesialistvurdering, særskilt bildediagnostikk eller særskilte laboratorieundersøkelser. For personer under 23 år, skal etter en vurdering av hvor mye det haster, vurderingen skje innen tre måneder fra det tidspunktet behovet for helsehjelpen ble fastslått om ikke en medisinsk, terapeutisk eller andre tilsvarende omstendigheter krever noe annet.

Det følger av pasientstøttingslagen § 4 at pasienten skal meddeles et tidspunkt for når vedkommende får helsehjelp. Dersom tidspunktet endres, skal pasienten umiddelbart meddeles et nytt tidspunkt og årsaken til endringen.

Pasienten har rett til å få opplysninger om sin helsetilstand, aktuell helsehjelp og betydningen av denne, forskjellige pleie- og behandlingsoalternativer og om konsekvensene ved disse alternativene, samt andre omstendigheter som gjelder helsehjelpen som har betydning for avgjørelsen av hvordan pasienten skal pleies og behandles. Opplysninger skal ikke gis mot pasientens ønske og dersom det er åpenbart at de vil kunne medføre alvorlig fare for pasientens liv eller helse.

Opplysningene skal gis av helsepersonell og på en slik måte at pasienten i tilstrekkelig grad kan forstå innholdet av dem.

Dersom samkommunen for et sjukvårdsdistrikt ikke kan ordne spesialisthelsetjeneste eller psykisk helsevern i Finland innen den maksimale fristen som er satt, skal den på anmodning fra pasienten utstede forhåndsgodkjenning for dekning av utgifter ved helsehjelp i annet EU-land eller et EØS-land. Når slik forhåndsgodkjenning innvilges skal pasientens helsetilstand og sykdommens sannsynlige forløp vurderes. En avgjørelse av samkommunen når det gjelder forhåndsgodkjenning kan påklages etter de alminnelige forvaltningsreglene i förvaltningsprocesslagen 586/1996.

## 5.4 Island

Velferdministeren er øverste ansvarlige for helse-tjenesten på Island. Helsedirektøren (Embætti landlæknis) gir faglige råd og bistand til ministeren. Helsedirektøren har også ansvaret for informasjon til øvrige forvaltning, tjenesteytere og pasienter når det gjelder helsespørsmål. I tillegg behandler Helsedirektoratet klager fra pasienter angående ytelse av helsehjelp og fører tilsyn med helsetjenesten.

Island er delt inn i åtte helseregioner. Det følger av lov om helsetjenester nr. 40/2007 («helsetjenesteloven») § 14 at generelle helsetjenester i regionen ytes av helsesentre eller regionale sykehus. Primærhelsetjenester ytes av helsesentrene, jf. helsetjenesteloven § 17 og generelle sykehustjenester, herunder poliklinisk behandling, ytes av de regionale sykehusene, jf. helsetjenesteloven § 18. En økende del av spesialisthelsetjenester ytes i tillegg av private avtalespesialister. Spesialiserte sykehustjenester er etter helsetjenesteloven § 19 samlet på Landspítali Universitets sykehus og Akureyri sykehus. Ministeren kan bestemme at slike spesialiserte sykehustjenester også kan ytes på andre sykehus eller helseinstitusjoner.

Det følger av den islandske lov om pasientrettigheter nr. 74/1997 («pasientrettighetsloven») § 3 at pasienten har rett til den beste helsehjelpen som er tilgjengelig til enhver tid. Pasienten har til enhver tid rett til formålstjenelige tjenester sett hen til hans/hennes tilstand og prognose og i forhold til den beste kunnskap tilgjengelig. Helsepersonellet skal bestrebe seg på å få et godt forhold til pasienten. Pasienten har rett til kontinuitet i helsehjelpen og samarbeid mellom alle helsetjenesteytere og institusjoner involvert i behandlingen.

Det følger videre av den islandske pasientrettighetsloven § 5 at pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand, inkludert informasjon om sin sykdom og prognose. Videre skal pasienten motta informasjon om foreslått behandling og behandlingsforløp, mulige helsegevinst og risiko ved slik behandling, andre mulige behandlingstiltak. Pasienten skal også informeres om mulighet til å få en vurdering av annen lege eller annet velegnet helsepersonell når det gjelder behandling, sykdom og prognose.

Informasjonen skal gis når det er en foranledning til dette og på en slik måte og under slike forhold at pasienten kan forstå informasjonen. Det skal fremgå av pasientjournalen at slik informasjon er gitt pasienten.

Det er gitt unntak fra informasjonsplikten dersom pasienten uttrykkelig ber om at slik informasjon holdes tilbake. En pasient kan også utnevne en annen person til å motta informasjonen i stedet for pasienten selv. I de tilfeller pasienten selv ikke kan forstå informasjonen skal informasjonen gis et nært familiemedlem eller dersom pasienten er umyndiggjort til hans/hennes verge. Etter samme lov § 25 skal informasjon til barn under 16 år gis til barnets foreldre. Barn skal få informasjon passende til deres alder og modning. Barn kan også nekte å motta slik informasjon.

Det fremgår videre av § 18 at dersom en pasient må vente på behandling skal legen forklare grunnen til forsinkelsen og gi han/hun informasjon og estimert ventetid. Dersom det er mulig å motta nødvendig behandling et annet sted tidligere, skal pasienten gjøres oppmerksom på dette.

Alle enkeltpersoner som er folkeregistrert på Island er forsikret gjennom en offentlig helseforsikring som administreres av Sjúkratryggingar Íslands. Hovedkontoret og servicesenteret ligger i

Reykjavik. I hvert enkelt distrikt er det sysselmannen som administrerer forsikringsordningen.

Sjúkratryggingar Íslands yter tilskudd til frittstående leger (som ikke er ansatt på et helsesenter) og frittstående avtalespesialister. Pasienter som besøker lege eller avtalespesialist må betale en egenandel som er gitt i forskrift. Sykehus og helsesentre finansieres av Velfærdsdepartementet.

## 6 Gjeldende rett

### 6.1 Innledning

I de følgende kapitlene redegjøres det for gjeldende rett. Det er viktig for å forstå forslaget om fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg vil i utgangspunktet være for de pasientene som mener at de må vente urimelig eller unødvendig lenge på et tilbud i det offentlige helsevesenet. Det er derfor sentralt å beskrive de pasientrettighetene som gjelder i dag, og vise hvordan et normalt pasientforløp er rent rettslig. Det gis derfor en bred gjennomgang av relevant regelverk.

I den følgende beskrivelsen av gjeldende rett vil departementet presisere at endringene i Prop. 118 L (2012–2013) endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) legges til grunn for fremstillingen av beskrivelsen av gjeldende rett. Dette selv om ikke alle lovendringene har trådt i kraft.

### 6.2 Rett til vurdering

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 har pasienten rett til å få vurdert sin helsetilstand innen en viss frist. Det er viktig å skille mellom de to ulike rettslige stadiene i et pasientforløp. Det første stadiet er vurderingsperioden. Denne må ikke forveksles med fristen for når helsehjelp senest skal gis som er det andre rettslige stadiet i pasientforløpet. Fristen for når helsehjelp senest skal starte, skal settes i løpet av vurderingsperioden.

Retten til vurdering har to hovedformål; for det første skal spesialisthelsetjenesten raskt vurdere og prioritere henvisningene slik at alvorlig syke pasienter sikres rask helsehjelp. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og henvisende lege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om.

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager skal ha foretatt en vurdering basert på henvisningen av om pasienten har behov

for videre utredning eller behandling. Retten til vurdering gjelder enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten. Retten til behandling avhenger av hva som blir utfallet av vurderingen.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering enn 10 virkedager. Grensen mellom øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp er ikke alltid klar, men pasienter skal prioriteres ut fra en helsefaglig vurdering av alvorlighets- og hastegrad. Det innebærer at pasienter som henvises ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, skal prioriteres raskere enn pasienter hvor henvisningen tilsier at tilstanden er mindre alvorlig.

Dersom vurderingen tilsier at pasienten har behov for helsehjelp, og rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang. Det innebærer at når spesialisthelsetjenesten skal svare på en henvisning, er det to muligheter. For det første kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. For det andre kan pasienten få beskjed om at vedkommende er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I brevet til pasienten skal det da opplyses om tidspunkt for når pasienten skal møte opp, og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Tidspunktet for oppmøte skal i de tilfellene hvor det er mulig, være en dato og klokkeslett (time). Tidspunktet det informeres om bør i alle tilfeller ikke overskride et tidsintervall på en uke.

Det innebærer at pasienten i samme svarbrev vil få to tidspunkter å forholde seg til. Det er imidlertid avgjørende at det kommer frem at det første tidspunktet er det tidspunktet pasienten fysisk skal møte opp enten til utredning eller behandling, og at det andre tidspunktet er en juridisk frist som innebærer at hvis denne oversittes har pasienten krav på utredning eller behandling uten opphold.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at tidspunktet for oppstart

av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis. Dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet for oppmøte som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten. Også ved et endret tidspunkt kan dette naturligvis ikke settes etter at fristen for når helsehjelp er overskredet.

### 6.3 Rett til fornyet vurdering

Rett til fornyet vurdering oppstår på det tidspunktet pasienten har fått vurdert sin helsetilstand hos spesialisthelsetjenesten første gang, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til den medisinske indikasjon som ligger til grunn for den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen eller vurderingen av sykdommens alvorlighet, eller det kan være uenighet med hensyn til behandlingsopplegg.

Det er visse begrensninger i retten til å få ny vurdering av sin helsetilstand. Fornytt vurdering kan bare kreves en gang for samme tilstand. Med det menes både pasientens diagnose og den behandlingsform som er foreslått. Hva som er samme eller ulike tilstander er langt på vei et faglig spørsmål, og vil måtte avgjøres konkret i forbindelse med anmodningen om ny vurdering.

Pasienten må bli henvist fra en lege, og da normalt fastlegen, for at spesialisthelsetjenesten skal foreta en ny vurdering av pasientens helsetilstand. Dersom legen mener det ikke foreligger grunner som tilsier at pasienten har noe å vinne på ny vurdering, kan ikke pasienten kreve en ny vurdering. Det kan for eksempel dreie seg om situasjoner der pasienten allerede er grundig utredet og konklusjonene ut fra faglige vurderinger ikke synes tvilsomme, men hvor pasienten likevel har vanskelig for å forsones seg med diagnosen. Legen kan imidlertid ikke begrense krav om fornytt vurdering ut fra økonomiske hensyn eller andre utenforliggende hensyn. Det innebærer at legen må ha saklig grunn for å la være å henvise en pasient til fornytt vurdering.

### 6.4 Rett til nødvendig helsehjelp

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet «nødvendig helsehjelp» tilsier at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig

standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

Pasienten skal tildeles en rett til nødvendig helsehjelp dersom en helsefaglig vurdering tilsier at vedkommende pasient har behov for spesialisthelsetjenester. Det er følgelig ikke pasientens egen oppfatning av behov som skal avgjøre om vedkommende har rett eller ikke, men en konkret individuell helsefaglig vurdering av behov.

Selv om en pasient har et rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller helsehjelp på et bestemt nivå. Dersom en pasient har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er det sykehuset som må vurdere og beslutte hva slags helsehjelp som skal tilbys, ut fra det tilbudet og de ressursene som foreligger.

Det ligger i kravet til «nødvendig helsehjelp» at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedringen av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen kan forventes å gi. Det innebærer at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv, og at det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost-/nyttevurdering i vurderingen av hva som er å anse som «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Dette kravet er nærmere spesifisert i prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenesten står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesten og pasient- og brukerrettighetsloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til pasientens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud til pasienten, har vedkommende pasient også et rettskrav på den bestemte tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, dvs. innen 10 virkedager. Den juridiske fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Det er viktig å under-

streke at fristen ikke bare gjelder behandling, men også utredning. Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Det må derfor skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsperioden kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses som avklart. Fristen skal da settes til når behandling senest skal gis, og den individuelle fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av behandling er påbegynt. I de tilfellene hvor pasientens helsetilstand ikke avklares i løpet av vurderingsperioden, vil aktuell helsehjelp være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes, og fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristen er gått ut.

For at fristen skal anses som oppfylt, må en reell utredning eller behandling være påbegynt. Fristen oppfylles for eksempel ikke ved å sette opp en time for dialog med pasienten.

Når helsehjelpen igangsettes skal pasienten, selv om det ikke settes juridiske frister for det videre forløp, ha et forsvarlig pasientforløp. Forsvarlighetskravet gjelder hele pasientforløpet, og pasienten skal utredes og behandles innen forsvarlig tid selv om det ikke er lovregulerte frister for forløpet etter oppstart.

Fristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist og at spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Den fristen som fastsettes er avgjørende for når pasienten kan kreve oppfyllelse av den materielle rettigheten, eventuelt rett til å velge nytt behandlingssted dersom fristen brytes. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

Dersom det skulle vise seg at pasienten trenger helsehjelp på et tidligere tidspunkt, for eksempel fordi helsetilstanden har forverret seg, følger det av kravet til forsvarlighet at pasienten skal ha helsehjelp på et tidligere tidspunkt.

## **6.5 Rett til valg av sykehus m.m. (fritt sykehusvalg)**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt sykehusvalg. Bestemmelsen gir pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten til fritt sykehusvalg er en av flere rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2

som skal sikre tilgangen til spesialisthelsetjenesten. Formålet er også å sikre medbestemmelse for pasienten. Rettigheten skal dessuten bidra til å utjevne ventetiden og optimalisere ressursutnyttelsen i den samlede helse- og omsorgssektoren, også den private delen.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter sykehus, distriktpspsykiatriske senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon. Det er forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak. Valgretten gjelder ikke bare ved behandling, men også når pasienten henvises for vurdering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling innenfor psykisk helsevern, rus og somatikk. I øyeblikkelig hjelp situasjoner har man ikke rett til å velge sykehus selv.

Da det normalt er fastlegen som henviser pasienten, vil fastlegen være pasientens viktigste rådgiver ved valg av sykehus, og skal bistå slik at pasienten treffer fornuftige valg. Fastlegen skal gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvissende fastlege vil ha en rolle som koordinator, og bør derfor påse at henvisning kun sendes til ett sykehus av gangen. Når retten til fornyet vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 skal benyttes, kan pasienten også velge hvilket sykehus som skal foreta den.

Når et sykehus avviser å ta imot en pasient, må dette begrunnes med at retten til fritt sykehusvalg ikke gjelder for denne pasienten. Sykehuset kan ikke nekte å ta imot en pasient med den begrunnelse at valget av sykehus ikke gjelder for denne pasienten. Sykehus og institusjon som er omfattet av ordningen, plikter å ta imot alle pasienter som ønsker det, uavhengig av bostedsregion. Pasientene skal som hovedregel prioriteres etter prioriteringsforskriften på lik linje og uavhengig av hvilken helseregion vedkommende bor i.

Det er imidlertid et unntak fra prinsippet om at sykehusene ikke kan prioritere pasienter i egen bostedsregion. Sykehuset kan nedprioritere eller avvise pasienter fra andre helseregioner når det må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion. For å benytte denne unntaksregelen må det sannsynliggjøres at sykehuset, ved mottak av den aktuelle pasienten, står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til egne rettighetspasienter.

Retten til fritt sykehusvalg gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsnivå. Pasienten kan følgelig ikke velge mer spesialisert behandling enn pasienten er henvist for. Pasienten kan imidlertid benytte seg av retten til fritt sykehusvalg ved de forskjellige trinnene i helsehjelpen. For eksempel kan vurderingen av pasientens helsetilstand skje på ett sykehus og behandlingen ved et annet. I en del tilfeller kan det være aktuelt at deler av behandlingen utføres ved ett sykehus og andre deler ved et annet, for eksempel operasjon i ett sykehus og rehabilitering i et annet.

## 6.6 Rett til informasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 regulerer pasientens og brukerens rett til informasjon. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for gi helsehjelpen. Det kan for eksempel være legen som utfører operasjonen eller sykepleieren som gir pleien. Som regel vil det være én person, men i tilfeller med sammensatte helseproblemer og behov for flere former for helsehjelp, kan det være flere som er ansvarlige. Det er ingenting i veien for at den som yter helsehjelp gir andre i oppdrag å gi pasienten eller den pårørende informasjon.

Det helsepersonellet som er i kontakt med pasienten vil alltid ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Den som yter helsehjelp har imidlertid ansvaret for at pasienten faktisk får informasjon, og at informasjonen tilfredsstillende de kravene som oppstilles i loven. Det er også denne personen pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon. For øvrig er det opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd skal pasienten ha informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, dvs. den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Informasjonen må være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, inkludert å medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ. Informasjonskravet må imidlertid tilpasses situasjonen. I særlige situasjoner, som for eksempel ved akuttinnleggelser og i øyeblikkelig hjelp-situasjoner, er det derfor tilstrekkelig å informere om tiltakets art, eventuelle alvorlige komplikasjoner og risiko. Informasjonskravet må ses i sammenheng med kravene til informert

samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd slås det fast at pasienten har selvbestemmelsesrett mht. om informasjon skal gis. Helsepersonell skal innenfor visse grenser respektere pasientens ønske om ikke å bli informert. Retten til å nekte å motta informasjon gjelder imidlertid ikke uinnskrenket. Hensynet til å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre av den helsehjelp som gis, kan tilsi at informasjon gis til pasienten selv om pasienten ikke ønsker dette. Det kan også foreligge annet lovgrunnlag for å informere pasienten, uavhengig av pasientens vilje. Smittevernloven § 2-1 som hjemler informasjonsplikt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, kan tilsi at informasjon skal gis til tross for at pasienten ikke ønsker det.

Forsvarlighetskravet som gjelder for helsepersonell og kravet om informert samtykke, kan medføre at helsehjelp ikke kan gis dersom informasjon ikke blir gitt. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd skal informasjon ikke gis dersom det foreligger nødrettslig grunnlag for å utelate informasjon, både av hensyn til pasienten selv og til hans omgivelser. Det skal imidlertid mye til for å unnlate å gi informasjon ut fra nødrettsbetraktninger. Begrunnelsen for at informasjon som nevnt i tredje ledd ikke gis, skal nedtegnes i journalen, jf. helsepersonelloven § 40.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 regulerer pasientens nærmeste pårørendes rett til informasjon. Det følger av første ledd at dersom pasienten gir sitt samtykke til at informasjon gis til de pårørende, skal de som hovedregel ha informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen. Pasienten kan bestemme at bare visse opplysninger skal gis.

Andre ledd regulerer informasjon til nærmeste pårørende til pasienter som av ulike grunner åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. For at de pårørende skal kunne ivareta pasientens rettigheter med hensyn til samtykke til helsehjelp, må de ha tilfredsstillende informasjon. Retten til informasjon er i disse tilfellene sidestilt mellom pasienten selv og pasientens pårørende.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Bestemmelsen gjelder for alle pasienter og må ses i sammenheng med § 3-2 første ledd og § 4-1, om at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet av helsehjelpen.

## 6.7 Rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal gis

Pasienten har i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 rett til å få et tidspunkt for oppmøte i spesialisthelsetjenesten og en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Tidspunktet for oppmøte skal settes før den juridiske fristen er gått ut. Det er følgelig ikke anledning for spesialisthelsetjenesten å planlegge uforsvarlige pasientforløp. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innenfor den juridiske fristen for når helsehjelp senest skal gis, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO. Denne meldeplikten gjelder altså ikke bare ved fristbrudd, men allerede når sykehuset ser at fristen ikke kan overholdes.

Dersom spesialisthelsetjenesten må kontakte HELFO, skal deretter HELFO kontakte pasienten for å høre om vedkommende er interessert i å få et alternativt tilbud gjennom HELFO. I de tilfeller hvor HELFO ikke får tak i pasienten, må HELFO likevel starte arbeidet. Det er imidlertid pasienten som skal ta stilling til om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer. Det innebærer at HELFO på et eller annet tidspunkt må etablere en kontakt med pasienten, slik at pasienten kan gi uttrykk for hva han eller hun ønsker.

Pasienten står altså fritt til å velge om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer eller bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Sykehuset må imidlertid informere pasienten om konsekvensene av å bli stående på venteliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. En pasient som velger ikke å benytte seg av HELFO sitt tilbud, vil kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp da fristen for når helsehjelp senest skal gis i disse tilfellene vil være gått ut. Det er ikke dermed sagt at det vil være helsefaglig uforsvarlig å bli stående på venteliste i alle tilfeller. Den juridiske fristen settes på et tidlig tidspunkt i pasientforløpet, og ut fra et «verste-fall-scenario». Det kan derfor tenkes at situasjonen har endret seg i løpet av pasientforløpet slik at det ikke nødvendigvis er helsefaglig uforsvarlig å få helsehjelp etter at fristen er gått ut.

## 6.8 Forsvarlighetskravet

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

I Ot.prp. nr. 10 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. punkt 5.3 redegjøres det for behovet for å ta forsvarlighetsstandarder inn i loven og for nyanser i fortolkningen mellom helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det uttales blant annet:

«Forsvarlighetsnormen i § 2-3 har således et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene, med de sanksjonstiltak som dette kan utløse. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-3 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt»

Lovbestemmelsen innebærer følgelig en presisering av at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker eieres og ledes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at tjenesteyteren



kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert, anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres. For TSB og psykisk helsevern finnes det i tillegg en rekke veiledere som fungerer normerende.

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres.

Mange situasjoner der det kan oppstå svikt er alminnelig kjent i fagmiljøene, andre vil være knyttet til forhold ved den aktuelle virksomheten. Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer derfor også at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser for så å iverksette tiltak for å forebygge at de samme situasjonene oppstår igjen.

Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utførelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon.

## **6.9 Ansvarsfordeling – staten, regionale helseforetak og helseforetak**

### **6.9.1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester**

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Statens overordnede ansvar innebærer blant annet at

staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen sine helseregioner. Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene.

Statens ansvar begrenses likevel ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har gjennom det overordnede ansvaret som er fastslått i § 2-1, også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser av juridisk og konstitusjonell karakter.

### **6.9.2 De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester**

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Dette innebærer at det regionale helseforetaket har et ansvar for å oppfylle forpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester, og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser sett hen til behovet i helseregionen. Det regionale helseforetaket kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenester selv gjennom egne helseforetak eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.

De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for at spesialisthelsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål.

### **6.9.3 Finansiering**

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. Statens overordnede ansvar innebærer blant annet at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen innen sine helseregioner. I dette ligger også at staten skal gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig å overholde det sørge-for-ansvaret som er pålagt dem.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig

styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastsatt økonomisk og i lover og forskrifter. Finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister og private laboratorier og røntgeninstitut. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene.

Basisbevilgningen fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette de regionale helseforetakene i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig regelverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helsefore-

takene bestemmes blant annet av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata.

Gjennom den innsatsstyrte finansieringen gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Refusjonene gjennom ISF er i gjennomsnitt ment å dekke deler av kostnadene ved økt behandlingsskapasitet. Resten må dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer kostnadseffektiv pasientbehandling. ISF-satsen dekker 50 pst. av enhetsprisen.

## 7 Fritt behandlingsvalg

### 7.1 Innledning

I dette kapitlet vil departementet gi en overordnet redegjørelse for forslaget om fritt behandlingsvalg. Først vil det gis en kort redegjørelse for forslaget som ble sendt på høring, og høringsinstansenes overordnede syn på forslagene. Deretter vil departementet redegjøre for hvilke overordnede endringer som foreslås i denne proposisjonen som følge av høringen. De konkrete forslagene vil bli nærmere beskrevet i kapittel 8 og 9.

### 7.2 Overordnet om forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at retten til fritt sykehusvalg skulle bestå og at retten til fritt behandlingsvalg skulle komme i tillegg. Ved fritt behandlingsvalg vil leverandøren ikke velges etter konkurranse, slik det er når de regionale helseforetakene inngår avtale med private leverandører som vinner anbud. Det ble fremhevet at målsettingen er å skape en mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste, redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Det ble foreslått å etablere en ordning der alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Forholdet mellom staten, helseforetakene og de private leverandørene som ønsker å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, ble foreslått regulert i forskrift.

Pasienten skulle etter forslaget kunne velge å motta helsehjelpen hos en virksomhet som leverer helsetjenester gjennom det frie behandlingsvalget. Fritt behandlingsvalg skulle ikke erstatte, men komme i tillegg til det offentlige tjenestetilbudet og retten til fritt sykehusvalg.

### 7.3 Høringsinstansenes syn

Departementet mottok ca. 100 høringsuttalelser. De fleste høringsinstansene er enige i intensjonen

med reformen, nemlig å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Høringsinstansene er følgelig positive til økt bruk av private gjennom anbud og å fjerne aktivitetstaket for offentlige sykehus. For eksempel uttaler *Legeforeningen* at den:

«er positiv til tiltak som kan føre til bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for befolkningen. Det er nødvendig å i større grad åpne for private aktører for å bidra til en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste. De offentlige sykehusene har i dag i for stor grad en monopolrolle. Legeforeningen mener at et noe større innslag av private aktører i spesialisthelsetjenesten vil kunne bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet for befolkningen.»

Mange høringsinstanser, deriblant flere pasient- og brukerorganisasjoner, er også positive til departementets forslag om å gi pasientene en rett til fritt behandlingsvalg. Blant annet uttaler *Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon* at:

«Fagrådet vil innledningsvis gi støtte til forslaget om Fritt behandlingsvalg innen spesialisthelsetjenesten, men ber departementet følge godt med i forhold til utilsiktede virkninger av fritt behandlingsvalg.

Bakgrunnen for Fagrådets støtte ligger i ønske om å bedre situasjonen for pasienten, redusere ventetid og øke brukermedvirkning gjennom økt innflytelse på valg av behandlingssted»

Og *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)*:

«LHL mener fritt behandlingsvalg sammen med andre verdier er viktige goder for pasientene, og i mange sammenhenger særlig for kronikere. Valgfrihet sammen med høy kvalitet, moderne metoder, likeverdig tilgang over hele landet og rettferdig prioritering er blant de mest sentrale godene»

Og *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*:

«Vi har alle vært enige om at tjenesteapparatets kapasitet ikke står i stil med behovet hos brukergruppen. Vi er positive til at man nå forsøker å løse dette problemet ved å innføre FBV.»

De private leverandørene og deres hovedorganisasjoner støtter også i all hovedsak forslaget om fritt behandlingsvalg. Det blir også understreket fra disse høringsinstansene at mer og bedre bruk av anbudsinstituttet er viktig.

Et flertall av høringsinstansene er likevel skeptiske eller negative til selve forslaget til fritt behandlingsvalg slik det ble presentert i høringsnotatet. For eksempel uttaler *Norsk Sykepleierforbund (NSF)* at:

«Etter NSF's vurdering vil regjeringens «behandlingsvalgreform» innebære et omfang av privat kommersiell tjenesteyting som vi ikke har sett i norsk helsetjeneste før. Begrunnelsen for å gjennomføre en slik reform er etter NSF's vurdering svak, og konsekvensene for spesialisthelsetjenesten og kommunene er ikke tilstrekkelig utredet. Rekkevidden av de endringene som foreslås både når det gjelder prioritering, behandlingsforløp, kostnader, personellknapphet mm er derfor vanskelig å overskue. Dersom en stor andel enkeltbehandlinger sluses over til privat sykehus/leverandører betyr det at de offentlige sykehusene på sikt mister viktig kompetanse og ferdigheter i utførelse av bestemte prosedyrer. Dette mener vi er uheldig for det samlede pasienttilbudet i spesialisthelsetjenesten, og ikke til gagn hverken for pasienten eller samfunnet.»

Og *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)*:

«FFO er positiv til at private aktører kan levere helsetjenester på vegne av det offentlige. En slik mulighet eksisterer allerede gjennom de avtalene de regionale helseforetakene har med private tilbydere av helsetjenester. (...)

FFO er positiv til regjeringens ønske om å sette pasienten i fokus, men er usikker på om fritt behandlingsvalg vil være det tiltaket som gir tyngre pasienter raskere tilgang til helsetjenester? Det vil riktignok gi noen pasientgrupper en mulighet til å velge behandlingssted, men spørsmålet er om det ivaretar behovene til de pasientene som trenger det mest. FFO stiller spørsmål ved om fritt behandlingsvalg vil ivareta behovene for de gruppene vi represen-

terer, mennesker med langvarige sammensatte tilstander og dem med alvorlige kroniske sykdommer.»

Videre er det slik at bekymring for administrasjonskostnadene er et gjennomgående tema i høringen, både fra de som er positive og de som er negative. De som er positive til fritt behandlingsvalg er bekymret for at ordningen blir så administrativt ressurskrevende at private leverandører ikke vil ønske å delta. Et eksempel er *Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)* som uttaler at:

«Slik de ulike kravene presenteres i høringsnotatet, frykter NHO at de tilsiktede effekter ikke oppnås, og at resultatet kan bli mer byråkrati og høyere transaksjonskostnader. Flere av de tekniske kravene går langt i å regulere aktiviteter og metoder, og virker for omfattende. Dette kan bidra til å pålegge private aktører som ønsker å delta i ordningen for store tids- og kostnadsbyrder, noe som kan medføre at aktuelle leverandører mister interessen og at forslaget intensjon ikke blir innfridd. Vi ber derfor departementet om å utarbeide mer smidige ordninger for valg av leverandører, og at reguleringen ikke blir for detaljert sett i forhold til formålet og i forhold til de kravene som følger av allerede eksisterende lovgivning.»

Og *Statens helsetilsyn*:

«Så langt Statens helsetilsyn kan se, vil en slik ordning medføre økt byråkratisering, både når det gjelder søknader, godkjenning og administrering av ordningen både på individuelt og organisatorisk nivå. Gitt departementets vurderinger om at dette er en ordning som få vil benytte seg av, kan det være grunner for å vurdere innføringen i et kost-nytte perspektiv»

De høringsinstanser som er negative til fritt behandlingsvalg uttaler blant annet at dette vil bli en ressurskrevende ordning og at ressursene kunne vært benyttet bedre gjennom anbud. Et eksempel er *Helse Midt-Norge RHF* som uttaler at:

«Etter Helse Midt-Norges vurdering er FBV en ressurskrevende ordning å innføre og administrere. Helse Midt-Norge RHF savner en analyse av forslaget fordeler og ulemper sett opp mot at ordningen kun vil ha karakter av en sikkerhetsventil for et fåtall pasienter.»

Og *Helse Sør-Øst RHF*:

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

De høringsinstanser som er skeptiske eller negative til fritt behandlingsvalg bruker ikke bare administrasjonskostnader som begrunnelse, men at ordningen også kan ha andre uheldige konsekvenser. For eksempel uttaler *Helse Midt-Norge RHF* at:

«Slik Fritt behandlingsvalg (FBV) er foreslått innført, vil det være en betydelig risiko knyttet til sentrale momenter som pasientsikkerhet, ivaretagelse av pasientrettigheter og utøvelse av de regionale helseforetak sitt helhetlige ansvar. Helse Midt-Norge RHF mener derfor ordningen med fritt behandlingsvalg må justeres vesentlig i forhold til den form departementet nå foreslår, før den kan anbefales innført.»

Og *Landsorganisasjonen i Norge (LO)* som uttaler at de:

«deler regjeringens mål om å kutte i helsekøer og redusere ventetider, men er sterkt uenig i at dette forslaget vil gi et bedre helsevesen. Tvert imot er vi bekymret for at forslaget, som er et første ledd i innføringen av fritt behandlingsvalg i en langt bredere skala, vil undergrave det offentlige helsetilbudet og føre til en kommersialisering av norsk helsevesen. Også på kort sikt er vi bekymret for at forslaget vil gi økt byråkratisering, et mer uoversiktlig helsevesen for pasientene, svekke vilkårene for god politisk styring av sektoren og ikke minst svekke vilkårene for helhetlig pasientbehandling.»

## 7.4 Departementets vurderinger og forslag

De fleste høringsinstansene er enige i intensjonen med reformen, nemlig å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Høringsinstansene er positive til økt bruk av private gjennom tilbud og å fjerne aktivitetstaket for offentlige sykehus.

Selv om flere høringsinstanser er skeptiske eller negative til forslaget om å innføre rett til fritt behandlingsvalg, vil departementet opprettholde dette forslaget i denne proposisjonen. Regjeringen har en målsetting om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum. For å få dette til ønsker regjeringen å mobilisere alle gode krefter, både ved å utnytte kapasiteten i det offentlige bedre, og ved å slippe private aktører enda mer til. Forslaget til fritt behandlingsvalg er et viktig virkemiddel i denne strategien. Målet med fritt behandlingsvalg er som nevnt å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

I dag er det mange pasienter som har fått tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste som venter unødvendig lenge på å motta helsehjelp, samtidig som det finnes private aktører som kan levere mer helsetjenester enn i dag. De offentlige sykehusene kan også bli bedre og mer effektive.

Høringsinstansene har kommet med vektige og grundige innspill til det forslaget som var på høring. På bakgrunn av disse innspillene har departementet vurdert behovet for å gjøre endringer i forslaget.

For det første ble det fra pasient- og brukerorganisasjoner og andre påpekt at det var vanskelig å forstå hva fritt behandlingsvalg innebar av merverdi for pasientene i forhold til fritt sykehusvalg. Det var også flere som kritiserte at en del andre pasient- og brukerrettigheter ikke skulle gjelde dersom pasienten valgte å bruke retten til fritt behandlingsvalg. Intensjonen med forslaget var å styrke pasientenes rettigheter, ikke å svekke dem. Etter departementets oppfatning er det avgjørende at nye pasient- og brukerrettigheter verken svekker eksisterende rettigheter, eller bidrar til å gjøre rettighetssystemet så komplisert at muligheten til å bruke rettighetene forbeholdes de ressurssterke pasientene. Departementet foreslår derfor betydelige endringer i forslaget til ny pasient- og brukerrettighet sammenlignet med det forslaget som var på høring.

Det sentrale for pasientene er å vite hvor de kan få helsehjelpen og hvor lenge de må vente på de ulike stedene. På hvilken måte virksomheten hvor helsehjelpen ytes faktisk finansieres, om det er gjennom en anbudspris eller en pris fastsatt av staten, er av liten eller ingen betydning for pasienten. Departementet har derfor kommet til at fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg bør slås

sammen til *en* rettighet. På denne måten blir systemet enklere å forholde seg til, for pasientene og de som skal administrere ordningen, og også for helsepersonellet som skal vurdere hvor pasienten bør henvises. Departementet foreslår dessuten at pasientene beholder alle de rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven, uavhengig av hvor helsehjelpen ytes. Det innebærer at pasientene ikke vil miste rettigheter som følger av et valg om behandling på en privat virksomhet som er finansiert gjennom ordningen for fritt behandlingsvalg. Mer om dette i kapittel 8, og særlig under punkt 8.7.

For det andre har flere høringsinstanser vært bekymret for at forslaget om fritt behandlingsvalg vil gi økte administrasjonskostnader, og at forslaget således innebærer en uhensiktsmessig bruk av ressurser. Flere mener at mer bruk av anbud er en bedre måte å bruke ressursene på enn å innføre fritt behandlingsvalg.

Departementet har vurdert hvilke muligheter som foreligger for å redusere ressursbruken som er nødvendig for å forvalte fritt behandlingsvalg på en forsvarlig måte. Vi er kommet til at det ikke bør stilles skjønnsmessige krav til leverandørene som ønsker å levere tjenester i fritt behandlingsvalg. Det vil innebære at selve forvaltningen av ordningen blir enklere og mindre ressurskrevende, og at mer av ressursene kan gå nettopp til det å yte helsehjelp til pasientene. Samtidig er departementet opptatt av at samfunnsmessige hensyn ivaretas ved innføringen av fritt behandlingsvalg. Istedenfor at dette ivaretas ved selve søknaden om å bli godkjent til å levere innenfor fritt behandlingsvalg, vil departementet sørge for at disse hensynene ivaretas fortløpende ved innføring og utfasing av tjenester som prissettes i ordningen fritt behandlingsvalg. Mer om dette i kapittel 9. Departementet vil videre understreke at selv om fritt behandlingsvalg med priser fastsatt av staten innføres, vil anbud også i fremtiden være det primære virkemiddelet for å bruke private.

Selv om forslagene i denne proposisjonen er endret betydelig etter høringen, er det fortsatt slik at fritt behandlingsvalg vil ha to viktige overordnede effekter som er sentrale for å oppnå regjeringens målsetting om pasientenes helsetjeneste. For det første vil selve retten til fritt behandlingsvalg gi større valgfrihet til pasientene, og ikke minst større mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet

enn i dag. Pasient- og brukerrettighetene utvides og forenkles, slik at alle pasienter kan nyte godt av retten til å velge hvor helsehjelpen skal ytes. For det andre legges det til rette for at de offentlige sykehusene kan sammenligne seg med nye tjenesteytere og forbedre egen virksomhet for å beholde fornøyde pasienter. I sum er departementet av den oppfatning at dette vil gi pasientene en bedre og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste enn i dag.

Flere av høringsinstansene uttrykte bekymring for at forslaget om å innføre fritt behandlingsvalg vil medføre økt «byråkrati». Etter departementets vurdering vil ikke ordningen med fritt behandlingsvalg medføre økt «byråkrati». Departementet vil peke på at all helsetjeneste, uansett om den er i offentlig eller privat regi, krever vel fungerende systemer for å sikre god kvalitet. I hovedsak skal ordningen med fritt behandlingsvalg etableres innenfor rammen av de systemene som allerede finnes:

- private som leverer i fritt behandlingsvalgordningen skal stilles overfor de samme kravene til kvalitet og rapportering som private med avtale og offentlige sykehus.
- IKT-løsninger for informasjon til pasienter om tilbudene i fritt behandlingsvalg og utveksling av pasientinformasjon mellom offentlige sykehus og fritt behandlingsvalgleverandører, vil i hovedsak bygge på løsningene som i dag gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg.
- bevilgningen på 20 mill. kroner i statsbudsjettet for 2015 til administrasjon av fritt behandlingsvalg er bl.a. knyttet til utvikling av felles IKT-systemer som vil understøtte fritt behandlingsvalg, fritt sykehusvalg, fristbruddsordningen og ordningene for utenlandsbehandling. Dette vil komme pasienter som benytter disse ulike ordningene til gode.

Helsedirektoratet, eller den de utpeker, vil få oppgaver knyttet til godkjenning og oppfølging av fritt behandlingsvalgleverandører. For å bruke sin kompetanse mest mulig effektivt og unngå dobbeltarbeid vil Helsedirektoratet se administrasjonen av fritt behandlingsvalg i sammenheng med forvaltningen av fristbruddsordningen, innsatsstyrt finansiering og ordningene for utenlandsbehandling.

## 8 Rett til fritt behandlingsvalg

### 8.1 Innledning

Som nevnt i kapittel 7 påpekte mange høringsinstanser at det var vanskelig å forstå hva fritt behandlingsvalg innebar av merverdi for pasientene i forhold til fritt sykehusvalg. Det var også kritikk mot at andre pasient- og brukerrettigheter ikke skulle gjelde dersom pasienten valgte å bruke retten til fritt behandlingsvalg. Derfor vil departementet i denne proposisjonen foreslå betydelige endringer når det gjelder hvordan pasientrettigheten skal innrettes.

I det følgende vil departementet redegjøre for hvilke endringer i forslaget til retten til fritt behandlingsvalg som foreslås. Dette kapitlet omhandler fritt behandlingsvalg sett fra et pasientperspektiv. Fritt behandlingsvalg sett fra et leverandørperspektiv, og de privates mulighet til å levere gjennom fritt behandlingsvalg, blir beskrevet og vurdert i kapittel 9.

### 8.2 Når skal retten til fritt behandlingsvalg inntre?

#### 8.2.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det presentert tre muligheter for når rettigheten kan inntre: ved henvisning, etter at henvisningen er vurdert eller på et senere tidspunkt.

Innføring av rett til fritt behandlingsvalg allerede ved henvisning ble vurdert til ikke å være en god løsning. Det ble vist til at en slik løsning ville innebære at den offentlige spesialisthelsetjenesten mistet muligheten til å vurdere og å prioritere i de tilfeller pasienten valgte leverandører i ordningen fritt behandlingsvalg. I tillegg ble det påpekt at risikoen for overbehandling kunne øke. Departementets vurdering var derfor at denne løsningen ikke ivaretok målsettingen om å ha en sterk offentlig helsetjeneste som gir likeverdig tilgang og prioriterer pasienter ut fra alvorlighets- og hastegrad.

En løsning hvor retten til fritt behandlingsvalg først inntre etter at henvisningen er vurdert og det har gått en bestemt tid, for eksempel en

måned etter vurderingen, ble heller ikke foreslått. Det ble fremhevet at en slik løsning vil ha likhetstrekk med dagens fristbruddordning, og dermed ikke sette ytterligere press på den offentlige helsetjenesten om å bli bedre og mer effektiv. I tillegg ble det påpekt at en slik løsning ville gi et mer komplisert rettighetssystem, og følgelig også økte administrasjonskostnader.

Løsningen som ble foreslått i høringsnotatet var at retten til fritt behandlingsvalg skulle inntre på det tidspunktet pasienten har fått beskjed om at han eller hun er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og har fått et tidspunkt for oppmøte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Det ble fremhevet at en slik løsning i større grad ville understøtte det offentliges ansvar for likeverdig tilgang til helse tjenester og en prioritering etter forventet nytte, kostnadseffektivitet og alvorlighets- og hastegrad. Videre ville det gi pasientene større og bedre valgmuligheter, sette ytterligere press på det offentlige helsevesenet om å yte bedre tjenester, samtidig som det fortsatt ville være det offentlige som styrte inngangsporten og sikret likeverdig tilgang til den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten.

#### 8.2.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser støtter departementets forslag om at pasienten må være vurdert i det offentlige før man bruker retten til fritt behandlingsvalg. Blant annet uttaler *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* at de:

«er enig i at fritt behandlingsleverandøren ikke skal vurdere om pasienten har behov/rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. LHL slutter seg til den begrunnelse som gis i høringsnotatet. Det er viktig at den offentlige spesialisthelsetjenesten er de som vurderer og prioriterer pasientene, og at ikke økonomiske insentiver blir fremtredende i vurderingen»

*Fylkesmannen i Buskerud* er bekymret for at private leverandører skal gjøre rettighetsvurderinger

og foreslår en ny løsning. Fylkesmannen uttaler at han er av den oppfatning at:

«vurderingen av hvorvidt «fritt behandlingsvalg» skal innføres bør gjøres parallelt med vurdering av dagens ordning, der private med avtale rettighetsvurderer pasienter. Fylkesmannen er bekymret for at private leverandører med avtale som søker godkjenning som privat leverandør, gjennom sine egne rettighetsvurderinger vil kunne sikre seg «lønnsomme» pasientgrupper. Fylkesmannen er av den oppfatning at rettighetsvurderingene bør gjøres i en sentral enhet, dersom private leverandører med avtale skal rettighetsvurdere, alternativt kun i den offentlige spesialisthelsetjenesten»

En del høringsinstanser tar opp spørsmålet om hvem som i dag kan tildele pasient- og brukerrettigheter. De ber departementet presisere hva som ligger i begrepet «den offentlige helsetjenesten». Blant annet uttaler *Helse Vest RHF*:

«Helse Vest forstår høringsnotatet slik at den nye pasientrettigheten vil gjelde fra vurderingstidspunktet og for alle pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det fremstår imidlertid som noe uklart om rettigheten kun vil gjelde dem som er vurdert av det offentlige, eventuelt om alle pasienter skal vurderes av det offentlige, og hva som i denne sammenheng legges i begrepet «den offentlige helsetjenesten.»

Både Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF uttaler at de har en praksis som innebærer at de delegerer vurderingskompetanse til private aktører som de inngår avtale med. Det innebærer at det er flere private leverandører som i dag tildeler pasient- og brukerrettigheter til pasienter. Det blir i høringsuttalelsene fremhevet at dersom denne praksisen må endres, vil det bety betydelig merarbeid. *Oslo Universitetssykehus HF* uttaler at:

«Det fremstår da som uklart om dagens ordning, der private som har avtale med et RHF og foretar rettighetsvurderinger skal fortsette med dette, eller om foretakene nå skal rettighetsvurdere alle henvisninger. Dersom dette siste gjelder vil det medføre et betydelig merarbeid for helseforetakene, og medføre en omlegging av dagens rutiner.»

Flere av de private høringsinstansene er tydelige på at også de bør ha vurderingskompetanse, og

ikke kun dersom de har avtale med et regionalt helseforetak. For eksempel uttaler *Volvat Medisinske Senter AS (Volvat)* at de:

«mener at det må ligge en grunnleggende gjensidig tillit til grunn mellom HOD og private kommersielle sykehus dersom ordningen med fritt behandlingsvalg skal innføres. Følgelig må også pasienter henvist under denne ordningen kunne vurderes direkte av leverandøren. Dersom HOD ønsker en begrensning på behandlingen av visse lidelser bør dette heller reflekteres med faglige argumenter i prioriteringsveilederne til den enkelte spesialitet.»

Og *Blå kors*:

«Det er på ingen måte slik at den offentlige helsetjenesten vil kunne gjøre bedre vurderinger enn eksempelvis en stor privat ideell aktør som f.eks. Borgestadklinikken, Lade Behandlingscenter eller Stiftelsen Bergensklinikken. De private ideelle institusjonene kjenner best innholdet i eget tilbud og vil ved selv å vurdere, best kunne sørge for at pasienten ikke bare gis tilbud, men også få rett tilbud.»

### 8.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Når det gjelder spørsmålet om når retten til fritt behandlingsvalg skal inntre, har få høringsinstanser hatt innvendinger mot at retten skal inntre når pasienten er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste. Departementet vil derfor opprettholde dette forslaget. Det innebærer at retten til å velge en fritt behandlingsvalgleverandør inntre når henvisningen er rettighetsvurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Det er imidlertid et sentralt spørsmål hvem som skal kunne tildele pasient- og brukerrettigheter. Departementet har lagt til grunn at det kun er den offentlige spesialisthelsetjenesten som kan tildele pasient- og brukerrettigheter. Med det menes de offentlige eide virksomhetene, samt de diakonale sykehusene (Lovisenberg Diagonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diagonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen).

Høringen viser imidlertid at de regionale helseforetakene har tolket gjeldende rett annerledes. Flere av de regionale helseforetakene har delegert myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private virksomheter som de har



avtale med. Flere høringsinstanser ber derfor om at departementet klargjør hva som er gjeldende rett og hvordan dette skal løses.

Slik departementet ser det er det to alternative måter å løse denne problemstillingen på. Den ene løsningen er at de regionale helseforetakene trekker tilbake myndigheten som private virksomheter har fått til å tildele pasient- og brukerrettigheter. En slik løsning innebærer imidlertid at pasienter som i dag blir rettighetsvurdert ved disse virksomhetene i fremtiden vil måtte sende henvisningen til et offentlig sykehus for å bli rettighetsvurdert. Det vil i så fall medføre mer administrasjonskostnader uten at resultatet for pasienten blir annerledes. Sykehusene påpeker dette selv i høringen, og uttaler at en slik løsning vil innebære en omlegging av rutine og betydelig merarbeid. Departementet vil derfor ikke foreslå denne løsningen.

Den andre løsningen er å lovfeste at de regionale helseforetakene kan delegerer myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private virksomheter som har avtale. Dette vil medføre samme løsning som den som gjelder for private virksomheter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i dag. Når det gjelder disse virksomhetene, har de regionale helseforetakene hjemmel i lov til å delegerer vurderingskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd. En slik løsning vil sikre mer effektiv ressursbruk, da rettstilstanden endres slik at dagens praksis kan fortsette. Det vil innebære at pasienter kan bli rettighetsvurdert hos private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak, hvis det regionale helseforetaket har delegerer myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til den private aktøren. På den måten unngår man at pasientene må innom det offentlige for å få en rettighetsvurdering, med de økte administrasjonskostnader og den unødvendige ressursbruken dette vil medføre. Departementet vil derfor i denne proposisjonen foreslå en lovhjemmel som gir de regionale helseforetakene mulighet til å delegerer myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til virksomheter de har inngått avtale med.

Det er viktig å understreke at forslaget om at de regionale helseforetakene kan delegerer retten til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private, kun vil gjelde innenfor det området det er inngått avtale om. Det betyr at en virksomhet som leverer et bredt spekter av spesialisthelsetjenester, men som kun har avtale med et regionalt helseforetak om å levere kneoperasjoner, kun kan rettighetsvurdere pasienter som er aktuelle for kneoperasjoner. Henvisninger som viser at pasientene har behov for andre tjenester enn det

avtalen omfatter, må viderehenvises til det offentlige eller en annen privat virksomhet som har kompetanse på feltet.

En fordel med denne løsningen er også at den gir en mulighet til å forenkle forslaget om fritt behandlingsvalg. Som nevnt innledningsvis var forskjellen mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg sett fra pasientens ståsted, på hvilket tidspunkt rettigheten skulle inntre. Fritt sykehusvalg gjelder fra det tidspunktet henvisningen til spesialisthelsetjenesten sendes, og fritt behandlingsvalg skulle gjelde fra det tidspunktet henvisningen var vurdert i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Med denne løsningen, når det gjelder kompetanse til å tildele rett og frist, blir det mulig å utforme en ny felles bestemmelse som regulerer pasientenes mulighet til å velge hvor helsehjelpen skal ytes. Mer om dette under punkt 8.7.

Det er et særlig spørsmål om avtalespesialister bør kunne tildele pasient- og brukerrettigheter. Avtalespesialister er lege- eller psykologspesialister som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Avtalespesialistene er selvstendige næringsdrivende som i dag ikke har anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det innebærer at pasienter som henvises direkte til en avtalespesialist ikke har krav på vurdering, eller rett til å få frist for når helsehjelp senest skal gis.

Spørsmålet om avtalespesialister skal få anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter er omtalt i Prop. 118 L (2012–2013) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv s. 54. Departementet uttalte at man tok sikte på å starte et arbeid med å utrede de problemstillingene som reises hvis avtalespesialister får denne muligheten. Helsedirektoratet har siden da foretatt en utredning av spørsmålet og anbefaler at det gjøres en pilot hvor avtalespesialister gis myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter. For å muliggjøre et slikt forsøk, vil departementet foreslå en egen hjemmel som gir departementet anledning til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om at private aktører skal kunne tildele pasient- og brukerrettigheter.

### **8.3 Hvem skal pasientrettigheten gjelde for?**

---

#### **8.3.1 Forslag i høringsnotatet**

I høringsnotatet ble det foreslått at pasientrettigheten gis en generell utforming, og at den i utgangspunktet skal gjelde alle pasienter som gis rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det ble understreket at rettigheten likevel måtte ses i

sammenheng med forskrift om fritt behandlingsvalg. For å kunne benytte retten til fritt behandlingsvalg må det være leverandører som både er gitt anledning til å levere og som ønsker å levere sine tjenester innenfor ordningen, på de vilkårene som følger av forskriften.

Det ble påpekt at dette leder til en todelt regulering av fritt behandlingsvalg. På den ene siden er generelt utformet pasientrettighet. På den andre siden forskriften som regulerer vilkårene for de som ønsker å levere helsetjenester til de pasientene som har rett til fritt behandlingsvalg. Forskriften er primært en regulering av forholdet mellom staten og de private leverandørene, herunder prising av tjenester, krav til kvalitet og rapportering osv. Konsekvensen av en slik forskriftsregulering, er at pasientene ikke kan kreve å få helsehjelp hos enhver privat leverandør på det offentliges regning.

### 8.3.2 Høringsinstansenes syn

Det er relativt få høringsinstanser som uttaler seg om forslaget om å gi retten til fritt behandlingsvalg en generell utforming, dvs. at retten i utgangspunktet skal gjelde alle pasientgrupper. Flere høringsinstanser er imidlertid positive til at ordningen skal utvides til flere områder enn tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Blant annet uttaler *Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)* at:

«NHO er positiv til at regjeringen nå ønsker å innføre fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten og støtter dette. (...) Fritt behandlingsvalg bør på sikt være hovedregelen for flere typer helse- og omsorgstjenester.»

Det er noen høringsinstanser som er skeptiske til en generell utforming. Blant annet uttaler *Statens Helsetilsyn* at:

«Statens helsetilsyn vil også påpeke viktigheten av at det foretas grundig drøfting av om fritt behandlingsvalg egner seg til å innføres som en generell ordning. Vi viser til kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten, spesielt innenfor det somatiske området, hvor en stor andel av henvisningene gjelder uavklarte tilstander, og hvor utredningen i stor grad vil omhandle å utelukke lidelser før riktig diagnose stilles.»

*Helse Sør-Øst RHF* mener det blir misvisende å gi en generell rettighetsbestemmelse, og uttaler at:

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

*Helse Midt-Norge RHF* er av den oppfatning av rettigheten bør avgrenses, og uttaler at:

«Helse Midt-Norge RHF finner ordningen i liten grad er egnet for det store flertallet av pasienter som har uavklarte tilstander eller sammensatte og komplekse tilstander. Ordningen bør derfor begrenses til avklarte og veldefinerte tilstander. Helse Midt-Norge RHF stiller derfor spørsmål ved om det blir korrekt at rettighetsbestemmelsen skal innrettes generelt, slik som høringsforslaget legger opp til.»

Når det gjelder høringsinstansenes syn på at tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern skal innføres først i ordningen, vises det til punkt 9.5.2.

### 8.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Det er et spørsmål om pasientrettigheten skal innrettes generelt eller være spesifikt rettet mot diagnoser/sykdommer eller pasientgrupper. Det har ikke vært tradisjon i Norge for å gi enkelte pasientgrupper eller diagnoser særskilte rettigheter i helselovgivningen. De fleste materielle rettighetene er generelt utformet og basert på at det skal gjøres en helsefaglig vurdering av individuelle behov. Det gjelder for eksempel både for vurderingen av rett til helse- og omsorgstjenester i kommunene og vurderingen av rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og 2-1 b. Fordelen ved en slik reguleringsmåte er blant annet at man i de helsefaglige vurderingene av behov kan ta høyde for den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Høringsinstansene har få innspill til at retten til fritt behandlingsvalg utformes generelt i loven. Innspillene på dette punktet går mer inn på hvorvidt ordningen er egnet for alle de ulike tjenestene som ytes av spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder spørsmålene som oppstår knyttet til innføring av ulike tjenester i fritt behandlingsvalg, blir dette behandlet i punkt 9.5.3.

Det at høringsinstansene har få innspill til spørsmålet om alle pasientgrupper eller kun noen

skal være omfattet av retten til fritt behandlingsvalg, kan tolkes på ulike måter. Det kan imidlertid skyldes at det er vanskelig å være eksplisitt på hvilke pasientgrupper og områder man i så fall vil prioritere. Det å skulle lovregulere hvilke pasientgrupper eller diagnoser som skal gis en utvidet rett til helsehjelp gjennom fritt behandlingsvalg, ville innebære vanskelige avveininger. Det største problemet med en slik løsning, ville kanskje likevel være at en slik detaljert rettighetsregulering i seg selv er krevende. Det ville for eksempel innebære at pasient- og brukerrettighetsloven måtte endres hver gang det skulle gjøres endringer i hvilke tjenester som skulle omfattes av ordningen. I tillegg til å være en svært ressurskrevende prosess, ville pasientene kunne bli skadelidende av den forsinkelsen en slik regelverksprosess innebærer.

Dersom ikke alle pasienter med rett til spesialisthelsetjeneste også gis rett til fritt behandlingsvalg, dvs. rett til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted, ville helsepersonellet dessuten måtte foreta vanskelige vurderinger av om pasienten er omfattet av denne retten eller ikke. Først måtte helsepersonellet gjøre en helsefaglig vurdering av behov, for å avgjøre hvorvidt pasienten har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Deretter måtte helsepersonellet gjøre en vurdering av hvorvidt samme pasient oppfyller de juridiske vilkårene for rett til fritt behandlingsvalg. Det ville stille helsepersonellet ovenfor et unødvendig komplisert system. Et så komplisert system ville også gjøre det vanskelig for helsepersonellet og andre å gi god informasjon til pasientene.

Departementet foreslår å «slå sammen» fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Mer om dette under punkt 8.7. Det foreslås dermed en rettighetsbestemmelse som regulerer pasientenes rett til å velge hvor behandlingen skal finne sted. Dagens bestemmelse om fritt sykehusvalg er generelt utformet og gjelder alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste. En ny bestemmelse om fritt behandlingsvalg bør utformes på samme måte; altså slik at retten gis alle pasienter selv om hvilken type tjenester som kan velges vil innføres trinnvis og reguleres særskilt.

Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet om at pasientrettigheten gis en generell utforming, og i utgangspunktet skal gjelde alle pasienter som gis rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. For å kunne benytte rettigheten må det imidlertid være leverandører som både er gitt *anledning* til å levere og som *ønsker* å levere sine tjenester innenfor ordningen, enten på de vilkårene som følger av forskrift om fritt behandlingsvalg eller som følge av at de har avtale med et

regionalt helseforetak. Alle offentlige virksomheter er naturlig nok også omfattet av rettigheten.

Departementet vil understreke at det er staten og de regionale helseforetakene som bestemmer hvilke virksomheter pasientene kan velge; staten gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg, og de regionale helseforetakene gjennom å inngå avtale med private virksomheter. Det tas sikte på en styrt innfasing av fritt behandlingsvalg gjennom forskriften. Forskriften skal regulere hvilke tjenester private leverandører både med og uten avtale med et regionalt helseforetak kan levere til pasienter. På den måten kan departementet styre innfasing til de pasientgruppene hvor det er størst behov, og vinne erfaringer før ordningen utvides til nye områder. Mer om dette i kapittel 9. Det skal også fremheves at de regionale helseforetakene samtidig skal være aktive gjennom anbud, og at dette igjen vil gi pasientene forbedrede valgmuligheter ved at pasientene også kan velge disse virksomhetene.

De første tjenestene som er tenkt omfattet av forskrift om fritt behandlingsvalg, er døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og TSB, samt enkelte tjenester innen somatikk. Dette beskrives nærmere i kapittel 9. På sikt vil andre tjenester bli tatt inn i forskrift om fritt behandlingsvalg. Omfanget av private tjenester som kan velges av pasienter vil bli gradvis utvidet ved at departementet i forskriften om fritt behandlingsvalg innlemmer nye tjenester som kan leveres uten at den private leverandøren har avtale med et regionalt helseforetak. Det vil innebære at pasientenes valgmuligheter i praksis utvides selv om rettighetsbestemmelsen ikke endres.

## 8.4 Hva skal retten til fritt behandlingsvalg omfatte?

### 8.4.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det uttalt at forslaget om rett til fritt behandlingsvalg i utgangspunktet enkelt kan forklares med at pasientene får en utvidet krets av leverandører som de kan velge å motta helsehjelpen fra. Det ble fremhevet at ved å foreslå rett til fritt behandlingsvalg ville pasientenes mulighet til å velge private leverandører utvides. Retten skulle gjelde uavhengig av om leverandøren har avtale med et regionalt helseforetak eller om volumet i en slik avtale er oppnådd. Det ble understreket at rettigheten måtte ses i sammenheng med forskrift om fritt behandlingsvalg. For å kunne benytte rettigheten måtte det være leverandører som var gitt adgang til og som ønsket å

levere tjenester innenfor ordningen på de vilkårene som fulgte av forskriften.

Videre ble det foreslått i høringsnotatet at retten til fritt behandlingsvalg skulle gjelde både for pasienter som får juridisk frist knyttet til utredning og de pasientene som får frist knyttet til behandling. Det ble likevel fremhevet at fritt behandlingsvalg egner seg best for avklarte og veldefinerte tjenester. Dette fordi at for at tjenesten/prosedyren skal kunne omfattes av fritt behandlingsvalg må den være mulig å avgrense presist. Dette er blant annet nødvendig for å kunne sette en pris på tjenesten.

#### 8.4.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser støtter departementets vurdering om at retten til fritt behandlingsvalg skal gjelde både for pasienter som får frist til utredning, og de pasientene som får frist til behandling. For eksempel uttaler *Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon* at:

«Fagrådet støtter at Fritt behandlingsvalg må gjelde både utredning og behandling. For mange er dette en del av et behandlingsforløp. Vi vet at overganger er kritiske og det betyr at der det må gjøres utredninger så bør det være en mulighet til å fortsette behandlingen samme sted.»

Og *Borgestadklinikken*:

«I høringsnotatet oppgis det at etter en helhetsvurdering, hvor hensynet til et enkelt og forståelig regelverk har veid tungt, vil departementet foreslå at retten til fritt behandlingsvalg skal gjelde både for pasienter som får juridisk frist knyttet til utredning og pasienter som får frist knyttet til behandling. For avhengighetsrelatert problematikk vil det være svært viktig at utredning og behandling skjer ved samme institusjonsopphold, da opphold i behandlingsforløpet vil kunne gi betydelig økt risiko for drop-out og avbrutt behandling.

En suksessfaktor innen TSB er dessuten pasientens relasjon til behandlingspersonalet og tilknytning til institusjonen. Vi støtter altså at fritt behandlingsvalg må gjelde både for utredning og behandling og mener at dette prinsippet vil være både riktig og viktig innen TSB hvor en stor del av både behandlingsskapitet og kompetanse på utredning ligger utenfor de offentlige helseforetakene.»

Mange høringsinstanser mener imidlertid at fritt behandlingsvalg er dårlig egnet for pasienter som får frist til utredning. For eksempel uttaler *Helse Vest RHF* at:

«Ordningen er ikke egnet for det store flertallet av pasienter som svært ofte har uavklarte tilstander eller sammensatte og komplekse tilstander. Det er derfor vesentlig at fritt behandlingsvalg-ordningen ikke blir presentert for befolkningen som en generell ordning som vil omfatte alle typer behandling.»

Og *Helse Midt-Norge RHF*:

«Departementet viser til at hensynet til et enkelt og forståelig regelverk har veid tungt i begrunnelsen for forslaget om at retten til FBV både skal gjelde utredning og behandling. Etter Helse Midt-Norges vurdering bør hensynet til pasientrettigheter og pasientsikkerhet være momenter som veier tyngre enn hensynet til et enkelt og forståelig regelverk»

*Helsedirektoratet* på sin side peker på at det kan være problematisk fra et pasientperspektiv å utelate utredning fra retten til fritt behandlingsvalg. De uttaler:

«Det er heller ikke uproblematisk at FBV-leverandøren får et slikt avgrenset ansvar. En avgrensning til avklarte pasienter vil være et signal om at de ikke i like stor grad har ansvar for hele pasientforløpet. Det innebærer at et større ansvar tilfaller den som forvalter ordningen, eventuelt hva som reguleres i forskrift. Det kan derfor også være gode grunner for å innlemme private aktører med et mer helhetlig ansvar, også for uavklarte pasienter, i ordningen.

Gitt at FBV-aktørene får i oppgave også å utrede pasienter, må de ta et ansvar for å sikre at pasientene får et helhetlig tilbud, enten gjennom videre behandling innenfor egen enhet, eller ved at pasienten sendes videre til riktig sted for behandling. Dette ansvaret kan bli mindre tydelig dersom FBV-leverandørene kun skal motta ferdig avklarte pasienter.

Sett fra pasientens ståsted kan en avgrensning av ordningen til noen tilstander/pasienter føre til utfordringer mht å kommunisere hvilke rettigheter pasientene har. Dette er forhold som bør vurderes nærmere i den endelige utforming.»

Andre høringsinstanser er også opptatt av at det er viktig for pasientens forløp at retten til fritt behandlingsvalg gjelder både for utredning og behandling. Blant annet uttaler *Blå kors* at:

«For avhengighetsrelatert problematikk vil det være svært viktig at utredning og behandling skjer ved samme institusjonsopphold, da opphold i behandlingsforløpet vil kunne gi betydelig økt risiko for drop-out og avbrutt behandling. En suksessfaktor innen TSB er dessuten pasientens relasjon til behandlingspersonalet og tilknytning til institusjonen. Vi støtter altså at fritt behandlingsvalg må gjelde både for utredning og behandling og mener at dette prinsippet vil være både riktig og viktig innen TSB hvor en stor del av både behandlingsskapitet og kompetanse på utredning ligger utenfor de offentlige helseforetakene.»

*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* er av den oppfatning at det bør innføres to juridiske frister. De uttaler at:

«LHL mener at de som først må gjennom utredning også må få en juridisk frist knyttet til behandlingen når utredningen er ferdig. I dag er det slik at de som først må ha en utredning får en juridisk frist knyttet til start av utredningen. Men det fastsettes ingen ny frist knyttet til selve behandlingen. Da de fleste må gjennom en utredning før det kan tas stilling til om de skal ha behandling, er realiteten den at de færreste har en reell juridisk frist knyttet til selv behandlingen. En frist som er satt på et tidspunkt tilstanden er uavklart, mener LHL ikke godt nok ivaretar pasientens rett til behandling. På dette tidspunktet vil det normalt ikke foreligge godt nok grunnlag for å vurdere forsvarlig tidspunkt for oppstart av behandlingen. At det å sette to frister i pasientforløpet medfører økt administrasjon, mener LHL ikke er et tungtveiende nok argument for en slik løsning.»

#### 8.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Spesialisthelsetjenesten fastsetter en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden, dvs. innen 10 dager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Denne juridiske fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter med rett til spesialisthelsetjeneste, får en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen kan enten

være når behandling eller når utredning senest skal være satt i gang. Spørsmålet er om både pasienter som har fått frist til behandling og pasienter som har fått frist til utredning, bør få en rett til å bruke fritt behandlingsvalg.

Tall fra Norsk Pasientregister (NPR) viser at om lag 80 prosent av de pasientene som henvises til spesialisthelsetjeneste innen somatikk, har uavklarte tilstander som gjør at man basert på henvisning og supplerende informasjon ikke kan vite hvilken behandling de skal ha. Disse får altså frist knyttet til utredning. Innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge er andelen henvisninger som er blitt vurdert til utredning henholdsvis 35 og 48 prosent per 3. tertial 2013. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andel henvisninger som er vurdert til utredning i spesialisthelsetjenesten om lag 18 prosent, mens andel henvisninger som er vurdert til behandling er om lag 80 prosent.

Det at mange pasienter får frist knyttet til utredning, kan skyldes at man trenger spesialisthelsetjenestens kompetanse og utstyr for å finne ut hva som er årsaken til pasientens uklare symptomer. Det kan være at diagnosen er kjent, men at det må ytterligere diagnostikk til for å kartlegge sykdommen godt nok til å fastslå behandling. Det kan også være at sykdommen er godt kartlagt, men at andre tilstander må kartlegges før man vet om det er riktig å gjennomføre for eksempel planlagt kirurgi.

Rekkefølgen i prosessen fra symptom til behandling kan være:

- Et startsymptom eller tegn som får pasienten til å oppsøke fastlege, for eksempel vondt i ryggen, tung pust, økende sosial dysfunksjon og manglende virkelighetsoppfatning, rødfarget urin, nummenhet i beina med økende ustøhet. Hver enkelt av disse tilstandene kan skyldes en rekke helt forskjellige diagnoser eller årsaker, med behov for helt ulik behandling.
- Diagnostikk som ender opp med en hoveddiagnose.
- Nærmere kartlegging av denne diagnosen for å fastslå hvordan behandlingen skal være.
- Kartlegging av andre sykdommer og tilstander som har betydning ved valg av behandling, gjennomføring av denne og beslutning om hvor det er forsvarlig å gjennomføre behandlingen.
- Gjennomføring av behandling.

Det finnes grupper av pasienter hvor hele prosessen kan gjennomføres før de henvises til sykehus. Dette kan være mennesker med en avgrenset tilstand, for eksempel enklere tilstander egnet for

dagkirugi. Det kan også være mennesker med mer kompliserte og alvorlige tilstander som kan utredes av fastleger eller for eksempel eldre pasienter som fastlegen kjenner godt, som har flere sykdommer, og som har fått en enklere lidelse i tillegg. Mange henvises også med en tentativ diagnose fra fastlegen.

Flere høringsinstanser mener at retten til fritt behandlingsvalg ikke bør gjelde for pasienter som får frist til utredning. Det blir argumentert med at fritt behandlingsvalg ikke egner seg for pasienter med uavklarte tilstander.

Departementet er enig i at fritt behandlingsvalg i utgangspunktet egner seg best for pasienter med veldefinerte tilstander. En løsning hvor det bare er pasienter som har frist til behandling som kan benytte fritt behandlingsvalg, mener departementet likevel ikke er ønskelig. Det at det er vanskeligere med uavklarte tilstander, er etter departementets oppfatning ingen god grunn for at disse pasientene ikke skal kunne nyte godt av den økte valgfriheten. Det å begrense retten til fritt behandlingsvalg til kun pasienter som har fått frist knyttet til behandling, vil også kunne innebære en betydelig administrativ byrde for spesialisthelsetjenesten. Dette fordi det i dag kun settes en juridisk frist, og at hovedvekten av pasientene får juridisk frist knyttet til utredning. For at disse pasientene skal kunne nyte godt av retten til fritt behandlingsvalg, kunne et alternativ være å foreslå at spesialisthelsetjenesten skal sette ny juridisk frist for behandling når utredningen er ferdig. En del høringsinstanser foreslår dette. Dette ville i så fall innebære at helsepersonellet måtte sette frister to ganger i pasientforløpet for pasienter som blir henvist med en uavklart tilstand. Fastsettelse av juridiske frister to ganger i pasientforløpet i stedet for en gang, vil medføre et langt mer komplisert juridisk rettighetssystem og dessuten nye administrative oppgaver for helsepersonellet uten at det nødvendigvis gir pasienten et godt og forsvarlig forløp.

Det er imidlertid også noen utfordringer ved at private leverandører skal kunne utrede pasienter. Det er blant annet en risiko for overbehandling ved at leverandøren kan ha et økonomisk insentiv for at utredningen skal resultere i et behov for behandling. Samtidig er de private leverandørene forpliktet til å følge de samme prioriteringsregler, faglige retningslinjer og krav til forsvarlighet som offentlige virksomheter.

En annen utfordring er pasientenes behov for gode og helhetlig pasientforløp som få private leverandører kan tilby uten samarbeid med det offentlige. Gode og helhetlige pasientforløp krever som regel et tett samarbeid mellom det offentlige syke-

huset og den private leverandøren. Departementet ser at det kan være vanskeligere å få til gode samarbeidsrelasjoner i en ordning hvor det ikke kreves en avtale med den parten som man i mange tilfeller bør eller må samarbeide med.

Ved å inngå avtaler vil partene som skal samarbeide ha muligheten til å bli enige om hvordan samhandlingen mellom dem skal foregå. Fritt behandlingsvalg introduserer et nytt system hvor private kan levere selv om de ikke har avtale med et regionalt helseforetak. Det innebærer at offentlige sykehus og private leverandører som skal samhandle om pasienter ikke nødvendigvis har noen avtale i bunn som regulerer hvordan denne samhandlingen skal foregå. Departementet vil likevel påpeke at mange av disse utfordringene vedrørende samhandling om pasienter også eksisterer i dag, og det selv om det inngås avtaler mellom de private leverandørene og de regionale helseforetakene.

Det blir viktig at de private leverandørene som ønsker å yte helsehjelp gjennom fritt behandlingsvalg, forplikter seg til samarbeid med andre aktører der dette er nødvendig for å sikre pasientene et forsvarlig forløp. Departementet vil komme tilbake til hvordan et slikt krav mer konkret bør være i forskrift om fritt behandlingsvalg.

Det er videre viktig å påpeke at det er i forskrift om fritt behandlingsvalg det fastsettes hvilke tjenester private leverandører kan tilby som en del av fritt behandlingsvalg. For at tjenesten/prosedyren skal kunne omfattes av fritt behandlingsvalg må den være mulig å avgrense presist. Dette er blant annet nødvendig for å kunne sette en pris på tjenesten. Fritt behandlingsvalg egner seg derfor best for veldefinerte tjenester. De bekymringene enkelte høringsinstanser har når det gjelder at også de pasientene som får frist til utredning skal omfattes av ordningen, kan derfor ivaretas gjennom arbeidet med forskriften, og hvilke prinsipper som skal gjelde for innføring av tjenester i fritt behandlingsvalg. Mer om dette i kapittel 9.

På denne bakgrunn mener departementet at pasienter med frist knyttet til utredning også bør ha rett til fritt behandlingsvalg, og opprettholder derfor forslaget fra høringsnotatet.

## **8.5 Når opphører retten til fritt behandlingsvalg?**

### **8.5.1 Forslag i høringsnotatet**

I høringsnotatet ble det lagt til grunn at retten til fritt behandlingsvalg i utgangspunktet gjelder så

lenge behovet for spesialisthelsetjeneste er til stede. En forutsetning er imidlertid at fritt behandlingsvalgleverandøren er i stand til å gi pasienten faglig forsvarlig helsehjelp, og at den helsehjelpen pasienten har behov for omfattes av forskrift om fritt behandlingsvalg. Dersom ett eller begge disse vilkårene ikke er oppfylt, må pasienten henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten for det videre forløpet.

### 8.5.2 Høringsinstansenes syn

Det er relativt få høringsinstanser som uttaler seg om når retten til fritt behandlingsvalg skal opphøre. Høringsinstansene har mer fokus på overgangene mellom fritt behandlingsvalgleverandør og de offentlige sykehusene, og hvilke praktiske, tekniske og helsefaglige utfordringer dette medfører. Denne problemstillingen blir behandlet i kapittel 9 under punkt 9.3.

Det er likevel noen av de regionale helseforetakene som tar opp spørsmålet om når retten til fritt behandlingsvalg bør opphøre, og hvilke problemstillinger som kan oppstå. Blant annet *Helse Sør-Øst RHF* uttaler at:

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

*Helse Nord RHF* tar opp de samme problemstillingene i sitt hørings svar. *NHO Service* på sin side mener at:

«Pasienten må kunne få være hos behandler inntil behandlingen er avsluttet. Her må vanlige faglige regler/dokumentasjon/forskning følges.»

### 8.5.3 Departementets vurderinger og forslag

I dag er det slik at retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste opphører når behovet for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ikke lenger er til stede. Det er da normalt to alternativer, enten sendes pasienten hjem fordi vedkommende ikke har behov for mer helsehjelp, eller kommunen overtar fordi pasienten har behov for helse- og omsorgstjenester enten i hjemmet eller i en virksomhet. I visse tilfeller blir pasienten liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud selv om pasienten er utskrivningsklar. Kommunen er da forpliktet til å betale sykehuset for at pasienten blir liggende, selv om vedkommende er definert som utskrivningsklar, jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13.

Det var få høringsinstanser som uttalte seg om når retten til fritt behandlingsvalg skulle opphøre. En vesentlig grunn til dette er nok at det er vanskelig å se for seg andre løsninger enn den departementet foreslo i høringsnotatet, nemlig at retten eksisterer så lenge behovet for spesialisthelsetjeneste er til stede. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet om at retten til fritt behandlingsvalg i utgangspunktet skal gjelde så lenge behovet for spesialisthelsetjeneste er til stede. Det er som nevnt en viktig begrensning fra dette utgangspunktet, nemlig at fritt behandlingsvalgleverandøren både må være i stand til å gi pasienten faglig forsvarlig helsehjelp, og at den helsehjelpen pasienten har behov for omfattes av forskrift om fritt behandlingsvalg. Dersom ett eller begge av disse vilkårene ikke er oppfylt, må pasienten henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten eller en privat levedør med avtale med et regionalt helseforetak for det videre pasientforløpet.

Det innebærer at når en pasient mottar helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør er det tre alternative forløp etter at helsehjelpen er ferdig. For det første kan pasienten bli sendt hjem fordi pasienten ikke har behov for mer spesialisthelsetjeneste. For det andre kan pasienten bli sendt tilbake til kommunen fordi pasienten har behov for mer kommunal helse- og omsorgstjeneste. For det tredje kan pasienten ha behov for mer spesialisthelsetjeneste, men fritt behandlingsvalgleverandøren kan ikke yte den hjelpen vedkommende har behov for. I et slikt tilfelle må fritt behandlingsvalgleverandøren henvises pasienten videre til en virksomhet som kan gi pasienten den behandlingen han eller hun har behov for.

## 8.6 Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter

### 8.6.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at pasientene ikke skulle beholde den juridiske fristen når han eller hun benytter en fritt behandlingsvalgleverandør. Begrunnelsen for dette forslaget var todelt. For det første antok departementet at situasjoner hvor det oppstår fristbrudd ved valg av fritt behandlingsvalgleverandører, ville være få. For det andre ville pasienten kunne velge å fortsette å stå på venteliste i det offentlige også etter at fristen var overskredet. Pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør, gjør det trolig enten fordi vedkommende mener ventetiden i det offentlige er for lang, eller fordi vedkommende ønsker å motta helsehjelpen hos en bestemt leverandør. Forslaget innebar at pasienter som valgte å bruke retten til fritt behandlingsvalg, ikke kunne påberope seg fristbrudd i tilfeller hvor pasienten returnerer til den offentlige spesialisthelsetjenesten på et senere tidspunkt. Det innebar at pasienter mistet retten til å bruke den juridiske fristen som var tildelt dem etter å ha valgt å bruke en fritt behandlingsvalgleverandør.

Når det gjelder retten til fornyet vurdering, foreslo departementet i høringsnotatet at pasienter ikke skulle ha rett til å be om fornyet vurdering hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Når en pasient velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør istedenfor å bruke det offentlige tilbudet, så har den private leverandøren i utgangspunktet to muligheter. Enten å tilby den helsehjelpen pasienten har blitt vurdert til å ha behov for, eller å avvise pasienten fordi leverandøren ikke er godkjent for eller av andre grunner ikke kan gi den helsehjelpen som pasienten har behov for. Det er altså ikke den medisinskfaglige vurderingen som er det sentrale, men et spørsmål om leverandøren er godkjent for og i stand til å gi den helsehjelpen som pasienten har behov for. Departementet vurderte det derfor slik at rett til fornyet vurdering ikke var særlig aktuelt i disse tilfellene.

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Et av hovedformålene med individuell plan er å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasient og brukere. I høringsnotatet uttalte departementet at disse målene blir utfordret og vanskeligere å oppnå når pasienter velger å motta helsehjelpen utenfor det

offentlige helsevesenet. Av den grunn var departementet usikker på om retten til individuell plan og retten til fritt behandlingsvalg i praksis lot seg gjennomføre samtidig, og ba høringsinstansene særlig om å kommentere dette spørsmålet.

Departementet foreslo at de samme reglene som gjelder for rett til syketransport ved fritt sykehusvalg skulle gjelde ved fritt behandlingsvalg.

### 8.6.2 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser er kritiske til departementets vurdering i høringsnotatet om at fristbrudd ikke ville være særlig aktuelt ved valg av en fritt behandlingsvalgleverandør. De hevder at pasienter vil kunne oppleve å måtte vente lenger enn den juridiske fristen når de velger å la seg behandle hos en fritt behandlingsvalgleverandør.

Høringsinstansene er klare på at retten til å kreve oppfyllelse av individuell juridisk frist også må gjelde når pasienter velger å gå til en fritt behandlingsvalgleverandør. Blant annet uttaler *Legeforeningen* at:

«Hvis den private aktøren ikke leverer tilbudet innen fristen, foreslår departementet at pasienter som velger fritt behandlingsvalg mister rettighet til tilbud fremskaffet av HELFO ved fristbrudd. Begrunnelsen for å frata pasienten en slik rett er departementets vurdering av dette ikke vil være særlig aktuelt, da pasienten velger en slik ordning fordi de ønsker raskere behandling. Legeforeningen støtter ikke en slik vurdering.»

Og *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)*:

«LHL mener at pasienten må beholde den juridiske fristen til utredning og behandling også når man velger en fritt behandlingsleverandør. LHL ser ingen god grunn til at den juridiske retten til utredning eller behandling skal opphøre fordi man benytter seg av en lovfestet rett til å få helsehjelp hos en fritt behandlingsleverandør. Den juridiske retten er en viktig og grunnleggende pasientrettighet som bør gjelde uansett hvor pasienten velger å få helsehjelp, så lenge det offentlige dekker kostnadene. Det må da legges inn i forskriften at leverandøren forplikter seg til å yte helsehjelp innenfor den juridiske fristen som er satt.»

Når det gjelder spørsmålet om retten til individuell plan skal gjelde ved fritt behandlingsvalg, er



det en tydelig tilbakemelding fra alle høringsinstanser som uttaler seg om spørsmålet at denne rettigheten også må gjelde for fritt behandlingsvalgleverandørene. For eksempel uttaler *Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon* at:

«Retten til individuell plan (IP) er i dag lovfestet. Fagrådet kan ikke se at det finnes noen gode grunner for at Fritt behandlingsvalg skal svekke den rettigheten. IP skal være et aktivt verktøy i behandlingen og eies av pasienten selv. Institusjonene som skal delta i ordningen må også ha krav om samarbeid med andre viktige parter i pasientenes behandlingsforløp.»

Og *Statens helsetilsyn*:

«Statens helsetilsyn ser at dette er krevende, men vil understreke at retten til individuell plan er av vesentlig betydning nettopp for de gruppe pasienter ordningen først er tenkt faset inn overfor. Både pasienter innen psykisk helsevern og TSB har behov for koordinerte og individuelt tilpassede tilbud både fra helse-tjenesten og andre tjenesteområder. Det innebærer at fritt behandlingsvalgleverandørene må forplikte seg til å ha kompetanse og kapasitet slik at de kan bidra i et flerfaglig samarbeid om etablering og vedlikehold av individuell plan. For å sikre gode og trygge tjenester til disse pasientene må disse to ordningene kunne gjennomføres samtidig»

Det er relativt få høringsinstanser som uttaler seg om retten til fornyet vurdering, men de som uttaler seg er kritiske til at retten ikke skal gjelde ved behandling hos en fritt behandlingsvalgleverandør. For eksempel uttaler *Fylkesmannen i Buskerud* at:

«Fylkesmannen i Buskerud er ikke enig i at retten til fornyet vurdering skal bortfalle om pasienten velger å benytte seg av «fritt behandlingsvalg». Dette anses som en klar svekkelse av dagens pasientrettigheter. Det er videre vanskelig for pasienter å ta stilling til konsekvensen av sine valg, da det under utredning og behandling kan oppstå uforutsette behov knyttet opp mot pasientens helseproblematikk»

Generelt kan man si at tilbakemeldingene fra høringsinstansene er tydelige på at retten til fritt behandlingsvalg ikke må innebære svekkelser i andre pasient- og brukerrettigheter. Det uttales også fra mange at det er viktig at informasjonen

om ordningen blir god. Mer om dette under punkt 8.7 om forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg.

### 8.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere.

Departementet var usikre på om retten til fritt behandlingsvalg og retten til individuell plan lot seg gjennomføre samtidig, og ba høringsinstansene særlig om å kommentere dette spørsmålet. Det ble i høringen vist til at formålene med individuell plan blir utfordret og vanskeligere å oppnå når pasienter velger å motta helsehjelpen utenfor den offentlige helsetjenesten.

Tilbakemeldingen fra høringen var utvetydig; individuell plan må gjelde også ved bruk av retten til fritt behandlingsvalg. Formålet med utarbeidelse av individuell plan er bl.a. å styrke samhandlingen mellom pasient, tjenesteyter og evt. pårørende innen et tjenestenivå eller på tvers av tjenestenivåene. En utarbeidelse av individuell plan forutsetter at tjenesteleverandørene samarbeider godt. Dette kan være ekstra utfordrende der pasienten mottar tjenester både i offentlig og privat helsetjeneste. Departementet er imidlertid kommet til at dette er praktiske utfordringer som bør kunne løses. For eksempel bør det stilles klare krav i forskrift om fritt behandlingsvalg om at leverandører som ønsker å delta i fritt behandlingsvalg er forpliktet til å utarbeide og delta i arbeidet med individuell plan. Departementet vil derfor foreslå at retten til individuell plan også skal gjelde når pasienter bruker retten til fritt behandlingsvalg.

Rett til fornyet vurdering oppstår på det tidspunktet pasienten har fått vurdert den første henvisningen og i tilbakemeldingen får beskjed om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt hvilken type helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3. Pasientens krav om ny vurdering må være relatert til den medisinske indikasjonen som ligger til grunn for den første vurderingen. Departementet uttalte i høringen at det er vanskelig å se at det rent faktisk er behov for en slik mulighet. Høringsinstansene mener imidlertid at det er viktig at retten til fornyet vurdering også gjelder hos en fritt behandlingsvalgleverandør.

Når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør istedenfor å bruke det offentlige tilbudet, så har den private leverandøren i utgangspunktet to muligheter. Enten å tilby den helsehjelpen pasienten har behov for, hvis leverandøren er godkjent til å yte slik helsehjelp etter forskrift om fritt behandlingsvalg, eller å avvise pasienten fordi leverandøren ikke kan gi den helsehjelpen som pasienten har behov for. Dette spørsmålet gjelder altså ikke den medisinskfaglige vurderingen av pasienten, men er et spørsmål om leverandøren kan gi den helsehjelpen pasienten har behov for. Det er også et spørsmål som det skal tas stilling til ved vurdering av henvisningen.

Nå foreslår departementet at de regionale helseforetakene skal kunne delegerer myndighet til private til å tildele pasient- og brukerrettigheter, se punkt 8.2.3. Det vil også innebære at det kan være et behov for å benytte retten til fornyet vurdering også hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Dette fordi forslaget innebærer at pasienter kan få henvisningen rettighetsvurdert hos private som er med i fritt behandlingsvalg, og hensynene bak retten til fornyet vurdering slår dermed inn. Departementet vil derfor foreslå at pasienter skal ha rett til å be om fornyet vurdering også i tilfeller hvor de oppsøker en fritt behandlingsvalgleverandør, og at slik vurdering kan gis enten av det offentlige eller av en privat leverandør som er godkjent for dette.

Når det gjelder spørsmålet om pasienten bør beholde den juridiske fristen når han eller hun velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør, er høringsinstansene klare på at denne rettigheten må beholdes. Departementets vurdering i høringsnotatet var at det i utgangspunktet er lite sannsynlig at pasienter velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør som ikke er i stand til å gi helsehjelp før den individuelle juridiske fristen er gått ut. Det faktum at pasienter også kan velge å stå på venteliste utover fristbrudd, innebar at departementet mente at rett til å beholde juridisk frist ikke var særlig aktuelt når pasienter velger å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg. Dette fordi pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgaktør trolig gjør det enten fordi vedkommende mener ventetiden i det offentlige er for lang, eller fordi vedkommende ønsker å motta helsehjelpen hos en bestemt leverandør. Det er dermed lite sannsynlig at den individuelle juridiske fristen som er tildelt pasienten vil bli brutt når pasienten tar et aktivt valg om å oppsøke en annen privat virksomhet. Dersom dette skulle skje, er det grunn til å tro at

en del pasienter likevel vil velge å bli stående på venteliste istedenfor å takke ja til et tilbud fra HELFO. Dette fordi for en del pasienter er selve behandlingsstedet vel så viktig som ventetiden.

Høringen viste imidlertid at mange høringsinstanser mener det uansett er viktig at pasientene beholder den juridiske fristen også når pasientene oppsøker en fritt behandlingsvalgleverandør. Departementets vurdering var som nevnt mer at man ikke så behovet for å beholde denne rettigheten, enn at det var juridiske eller praktiske hindringer som medførte at disse rettighetene ikke kunne kombineres. Derfor vil departementet i denne proposisjonen foreslå at pasientene beholder den juridiske fristen også når han eller hun velger å gå til en fritt behandlingsvalgleverandør. Det innebærer at pasienter som opplever fristbrudd kan kontakte HELFO også når man bruker retten til fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd. Og på samme måte som de offentlige virksomhetene, er fritt behandlingsvalgleverandørene forpliktet til å kontakte HELFO dersom fristen ikke kan oppfylles.

De endringene som departementet foreslår her, vil innebære at ingen pasienter mister rettigheter hvis de velger å motta helsehjelp hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Alle rettigheter som i dag gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg, foreslås også å gjelde ved bruk av fritt behandlingsvalg. Reglene om syketransport vil gjelde tilsvarende som for fritt sykehusvalg i dag.

Når det gjelder spørsmål om hvem som skal dekke regningen for fristbrudd som oppstår, er et aktuelt alternativ at fritt behandlingsvalgleverandøren får dette ansvaret. Dette spørsmålet vil imidlertid bli regulert i forskrift om fritt behandlingsvalg. Departementet vil dermed komme tilbake til dette spørsmålet i høringen av forskrift om fritt behandlingsvalg, forutsatt at Stortinget gir tilslutning til lovforslagene i denne proposisjonen.

## **8.7 Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg – en felles rettighetsbestemmelse**

### **8.7.1 Forslag i høringsnotatet**

Når det gjelder retten til fritt sykehusvalg og forholdet til rett til fritt behandlingsvalg, ble det i høringsnotatet påpekt at for pasientene vil hovedforskjellen mellom ordningene være når rettigheten inntreffer. Fritt sykehusvalg kan benyttes allerede fra henvisningstidspunktet, mens det ble foreslått at retten til fritt behandlingsvalg skulle inntre etter at pasienten er tildelt rett til nødven-

dig spesialisthelsetjeneste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Det ble fremhevet at det faktisk at en privat leverandør kan levere sine tjenester både gjennom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg vil være vanskelig å forstå for pasientene, men at dette skillet ikke nødvendigvis er viktig for pasientene. Det sentrale for pasientene er å få vite hvilke valgmuligheter de har på de ulike trinnene i pasientforløpet. Det ble understreket at det derfor er viktig at informasjonen om fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg er god og lett tilgjengelig for pasientene, og at forskjellen mellom de to ordningene forklares der det er nødvendig.

### 8.7.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser problematiserer at forslaget til fritt behandlingsvalg virker komplisert og at det er uklart hva som skiller fritt behandlingsvalg fra fritt sykehusvalg. Blant annet uttaler *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* at:

«LHL mener det kan bli vanskelig for brukerne av helsetjenestene å skille fritt sykehusvalg fra fritt behandlingsvalg. Dette kompliseres ytterligere ved at private helseinstitusjoner både kan være omfattet av fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Det må derfor legges opp til god og pedagogisk informasjon om ulikheten mellom ordningene.»

Og *Statens helsetilsyn*:

«Statens helsetilsyn ser positivt på tiltak som kan bidra til bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser i samfunnet, og dermed bidra til en enda mer effektiv norsk helsetjeneste. Vi vil imidlertid påpeke at fritt behandlingsvalg i tillegg til fritt sykehusvalg og «sørge for-plikten» samlet sett fremstår som kompleks. Dette vil etter vår vurdering bli krevende for pasienter og for foretakene.»

*Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF)* fremhever at det vil være vanskelig å forklare ordningen for pasientene, og viser til at:

«Vår erfaring og tilbakemeldinger fra pasientene er at all informasjon pasientene får om klageadgang, fritt sykehusvalg osv., ofte er av et slikt omfang at den overskygger selve informasjonen om behandlingen. Mange synes informasjonen er vanskelig å forstå. Det vil derfor være en pedagogisk utfordring å få alle til å for-

stå forskjellen på fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg og ikke minst mulige konsekvenser av valgene.»

*Helsedirektoratet* er også opptatt av å fremheve at god informasjon er avgjørende. Det uttales at:

«Det er små, men komplekse forskjeller i rettigheten til fritt sykehusvalg, fritt behandlingsvalg og rett til helsetjenester i utlandet. Dette vil være utfordrende å kommunisere til befolkningen på en pedagogisk måte. Rettighetene inntreffer på ulikt tidspunkt og medfører ulike rettigheter og konsekvenser for pasienten (for eksempel tap av retten til en juridisk frist). Dette forsterker behovet for en god og samlet informasjonstjeneste.

Høringsnotatet vektlegger at pasienter og helsepersonell må få god og brukervennlig informasjon om FBV-ordningen. Direktoratet legger til grunn at informasjonen skal presenteres sammen med informasjon om fritt sykehusvalg, subsidiær behandling ved fristbrudd, og informasjon om rett til behandling i utlandet. Informasjon om tilbud og ventetider innenfor FBV bør synliggjøres på samme nettsted og være tilgjengelig via en telefontjeneste. Det er behov for en faglig og kompetent veiledning av pasienter.»

### 8.7.3 Departementets vurderinger og forslag

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir som nevnt pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten til fritt sykehusvalg omfatter sykehus, distriktspsykiatriske sentre, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Retten til fritt behandlingsvalg handler om å gi pasienter en utvidet mulighet til å velge hvor helsehjelpen skal mottas. Pasienten skal kunne oppsøke andre tilbud enn de som er med i fritt sykehusvalg. Samtidig skal de fortsatt kunne benytte leverandører som allerede er med i fritt sykehusvalg uten å risikere å bli avvist fordi volumet i avtalen med det regionale helseforetaket er brukt opp.

Fritt sykehusvalg gjelder allerede fra det tidspunktet pasienten sitter hos fastlegen og henvisningen skal sendes til spesialisthelsetjenesten. Allerede fra dette tidspunktet kan pasienten velge hvor henvisningen skal sendes så lenge institusjonen er omfattet av fritt sykehusvalg. I høringen

foreslo departementet at retten til fritt behandlingsvalg skulle gjelde fra det tidspunktet pasienten var vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det ble foreslått at pasienten skulle være vurdert av den offentlige spesialisthelsetjenesten før retten til å velge en fritt behandlingsvalgleverandør oppstod. Dette innebar at de to rettighetene måtte reguleres i to ulike lovbestemmelser som begge regulerte retten til å velge hvor behandlingen skulle finne sted; en som gjaldt fra henvisningstidspunktet (fritt sykehusvalg) og en annen som gjaldt fra det tidspunktet pasienten var vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste (fritt behandlingsvalg). Departementet uttalte i høringsnotatet at dette kunne fremstå som komplisert for både pasienter og helsepersonell, men at dette var nødvendig for å unngå å innskrenke retten til fritt sykehusvalg.

Departementet opprettholder som nevnt i punkt 8.2.3 forslaget om at pasienten må være rettighetsvurdert før han eller hun kan benytte retten til fritt behandlingsvalg. Det foreslås imidlertid også at det lovreguleres at de regionale helseforetakene skal kunne delegerer myndighet til å tildele rett og frist til private leverandører som de har avtale med. Det innebærer en endring av gjeldende rett, ved at det foreslås en klar lovhjemmel for at rettighetsvurderinger kan foretas også hos private.

Ved å gi de regionale helseforetakene en klar hjemmel til å delegerer slik myndighet til private virksomheter som de har avtale med, åpnes det for å kunne «slå sammen» retten til fritt behandlingsvalg og retten til fritt sykehusvalg til en pasientrettighet uten at dette innskrenker dagens pasient- og brukerrettigheter.

En ny felles rettighetsbestemmelse kan ta utgangspunkt i at pasientene har rett til å velge blant alle offentlige og private virksomheter. Det eneste kravet for at pasienten skal kunne velge fritt er at den virksomheten som velges har vurderingskompetanse. Alle offentlige virksomheter har naturlig nok denne kompetansen. Private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak vil kunne få tildelt slik kompetanse av de regionale helseforetakene. Praksis viser som nevnt at mange av de private virksomhetene med avtale allerede tildeler pasient- og brukerrettigheter.

Dermed blir det i utgangspunktet ingen forskjell for pasientene med hensyn til på hvilket tidspunkt de kan benytte seg av de ulike rettighetene til å velge behandlingssted. På denne måten vil forskjellen mellom de to ordningene utviskes, og man kan dermed gi en felles rettighetsbestem-

melse. Noen vil likevel kunne hevde at forslaget innebærer en svekkelse av rettighetene, fordi det ikke gjelder et krav om å være rettighetsvurdert etter dagens bestemmelse om fritt sykehusvalg. Dette vil imidlertid ikke ha noen praktisk betydning hvis alle private virksomheter som i dag er omfattet av fritt sykehusvalg har eller vil få delegert vurderingskompetanse. Da vil de også etter forslaget til ny rettighetsbestemmelse kunne velges av pasientene fra henvisningstidspunktet. Departementet mener følgelig at dette argumentet har begrenset verdi.

For å velge andre virksomheter, det vil si private virksomheter som ikke har vurderingskompetanse, vil det være et krav om å være rettighetsvurdert. I tillegg vil det være krav om at virksomheten som velges enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, eller begge deler. Private virksomheter som verken har vurderingskompetanse, avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, vil ikke kunne velges på noe tidspunkt i pasientforløpet. Slike virksomheter er utenfor det offentlige helsesystemet, og dersom pasienter ønsker å oppsøke slike virksomheter må pasientene betale for behandlingen fullt ut selv.

Utgangspunktet blir dermed enkelt, når henvisningen skal sendes kan pasienten velge alle virksomheter som har vurderingskompetanse. På nettsidene til helsenorge.no vil det kunne informeres om hvilke virksomheter pasientene kan velge mellom på henvisningstidspunktet. Når henvisningen er vurdert vil pasienten ha en enda større gruppe av virksomheter å velge mellom. Hvilke virksomheter som ikke har vurderingskompetanse og som dermed krever at man er rettighetsvurdert før man kan velge denne, vil også fremgå av nettsidene. Det blir imidlertid viktig å sørge for at informasjonen til pasienter og fastleger er god, blant annet for å unngå at henvisninger sendes feil. I den forbindelse vises det til fastlegeforskriften § 24 som pålegger fastleger å informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg. Denne bestemmelsen må endres som følge av forslaget til fritt behandlingsvalg. Innholdet i bestemmelsen vil likevel være det samme, fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om hvilke valgmuligheter han eller hun har, og bistå pasienten i valget av virksomhet.

Denne løsningen innebærer at man fortsatt oppnår formålet, nemlig å gi pasienter en utvidet rett til å velge hvor helsehjelpen skal mottas. Dette oppnår man ved å gi pasientene rett til å oppsøke andre enn de som i dag har avtale med et

regionalt helseforetak. Samtidig vil antagelig kapasiteten hos de private leverandørene som allerede har avtale og som kan velges av pasientene øke. Dette fordi staten gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg vil gi private leverandører, både de som har avtale og de som ikke har avtale, muligheten til å levere tjenester til pasienter til en fastsatt pris. Det åpner for flere leverandører, og ikke minst, for økt bruk av kapasiteten hos de leverandørene som i dag har avtale.

Ett annet sentralt poeng er at en slik løsning ikke vil operere med et skille for pasienter som tar utgangspunkt i hvordan den private virksomheten er finansiert, slik man la opp til i høringen. Høringsinstansene, og da særlig pasient- og brukerorganisasjonene, var kritiske og mente at forslaget til fritt behandlingsvalg var for komplisert og lite tilgjengelig for pasientene. Denne løsningen vil imidlertid innebære at man får *en* ordening og *en* rettighet, med andre ord et betydelig enklere og mer forståelig rettighetssystem. Hvordan de private virksomhetene finansieres, om det er gjennom anbudspriser eller gjennom en fastsatt pris i forskrift om fritt behandlingsvalg, har liten eller ingen betydning for pasientene. For pasientene er det avgjørende at det er enkelt å forstå hvilke virksomheter han eller hun kan velge når, og at denne virksomheten tilbyr forsvarlig behandling.

Samtidig som denne løsningen forenkler og forbedrer rettighetssystemet fra et pasientperspektiv, så sikrer forslaget at det offentlige har kontroll med hvilke virksomheter som skal kunne rettighetstildele. Det vil være de regionale helseforetakene som skal bestemme hvilke private virksomheter som skal ha denne kompetansen. Der som private som har fått tildelt vurderingskompetanse misbruker denne kompetansen, kan det offentlige trekke tilbake adgangen til å rettighetsvurdere. Det innebærer at det offentlige fremdeles vil ha kontroll over rettighetsvurderingen. Departementet mener at dette på den ene siden skaper tilstrekkelig god kontroll, samtidig som det på den andre siden bidrar til å skape en effektiv helsetjeneste. Som nevnt under punkt 8.2.3 så vil det å endre dagens praksis, innebære et betydelig merarbeid for de offentlige sykehusene uten at noen flere pasienter får behandling eller at ventetidene går ned. Kanskje ville man fått en motsatt effekt, nemlig at færre pasienter får behandling og at ventetiden øker.

En sentral målsetning med denne reformen er å utvide pasientenes valgmuligheter, både i antall virksomheter og gjennom økt kapasitet ved eksisterende valgbare virksomheter. En felles bestem-

melse som regulerer pasientenes rett til å velge behandlingssted vil bidra til å oppfylle denne målsettingen. Et enklere system vil gjøre det lettere å informere pasientene om hvilke valgmuligheter som finnes, og følgelig vil antagelig flere benytte seg av sine rettigheter. Det vil igjen kunne bidra til at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten blir bedre utnyttet.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå en ny felles rettighetsbestemmelse som regulerer retten til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted. Når det gjelder spørsmålet om hvilken overskrift rettighetsbestemmelsen skal ha, vil departementet foreslå «rett til fritt behandlingsvalg». Det innebærer at dagens overskrift «fritt sykehusvalg» forsvinner. Dagens bestemmelse er noe misvisende i den forstand at den kun viser til sykehus, selv om valgretten omfatter flere virksomhetstyper enn sykehus. Fritt behandlingsvalg er en mer dekkende overskrift som får bedre frem det grunnleggende, nemlig at bestemmelsen gjelder pasientens rett til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted.

I dag er det slik at private rehabiliteringsinstitusjoner ikke er en del av fritt sykehusvalg. Rettslig sett har derfor pasienter i dag ikke krav på å velge private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Flere av de regionale helseforetakene opererer likevel med en viss grad av valgfrihet etter at pasienten er rettighetsvurdert.

Løsningen som foreslås i denne proposisjonen innebærer i utgangspunktet at rehabiliteringsinstitusjoner blir omfattet av den nye rettighetsbestemmelsen. Dette fordi den rettighetsbestemmelsen som foreslås, ikke differensierer på institusjonstype eller pasientgrupper slik som fritt sykehusvalg gjør i dag. Det å utvide pasienters rett til å velge fritt blant private rehabiliteringsinstitusjoner har ikke vært på høring. Departementet har kommet til at det bør gjennomføres en høring før disse institusjonene inkluderes i valgretten. Det foreslås derfor at det i den nye bestemmelsen om fritt behandlingsvalg gjøres et unntak for disse institusjonene. Departementet tar imidlertid sikte på å sende på høring et forslag om at dette unntaket oppheves i 2015.

## 8.8 Oppsummering

Høringen viste at høringsinstansene fant det vanskelig å forstå forskjellen mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg. I tillegg viste tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene

at dagens praksis vedrørende hvilke private virksomheter som tildeler pasient- og brukerrettigheter ikke fullt ut samsvarer med gjeldende rett. Dette åpnet for en mulighet til å gjøre nødvendige tilpasninger i forslaget til fritt behandlingsvalg.

Forslaget innebærer nå at det utformes en felles bestemmelse som gir pasienter rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal ytes. Denne bestemmelsen foreslås å hete «rett til fritt behandlingsvalg». Retten til fritt behandlingsvalg vil innebære følgende hovedelementer:

- Pasienter kan velge at henvisningen sendes til alle virksomheter, både private og offentlige, som har vurderingskompetanse. Det vil si virksomheter som kan tildele pasient- og brukerrettigheter.
- Pasienter kan etter å ha fått henvisningen vurdert og blitt tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, velge virksomheter som ikke har vurderingskompetanse, men som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg. Retten kan benyttes på ethvert tidspunkt i pasientforløpet.
- Retten til fritt behandlingsvalg gjelder alle pasienter.

- Retten til fritt behandlingsvalg gjelder så lenge pasienten har et behov for den aktuelle hjelpen.

Dette er en forenkling og forsterking av dagens rettighetssystem, og skaper samsvar mellom dagens praksis og gjeldende rett. I tillegg har departementet foreslått endringer som innebærer at alle rettigheter som i dag gjelder ved fritt sykehusvalg, for eksempel individuell plan og fornyet vurdering, også skal gjelde ved bruk av fritt behandlingsvalg.

Forskjellen på denne ordningen og dagens fritt sykehusvalg, er at pasienter også kan velge virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak. Utvidelsen ligger dermed i at staten åpner for at private leverandører kan levere tjenester til en fastsatt pris uten at det er krav om avtale med et regionalt helseforetak og uten et øvre tak for behandling. Dette medfører at pasientene får flere leverandører å velge mellom, og at kapasiteten hos leverandører som allerede har avtale med et regionalt helseforetak antagelig vil øke. Når det gjelder hvilke krav som skal stilles til leverandørene som kan levere innenfor disse forutsetningene, vises det til kapittel 9.

## 9 Forskrift om fritt behandlingsvalg

### 9.1 Innledning

---

I kapittel 8 foreslås det en ny felles rettighetsbestemmelse kalt fritt behandlingsvalg. Denne slår sammen dagens fritt sykehusvalg og høringsnotatets forslag til fritt behandlingsvalg.

Dette innebærer at retten til fritt behandlingsvalg vil omfatte følgende aktører:

- offentlige virksomheter,
- private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak,
- private virksomheter som er godkjent for å levere tjenester til en pris fastsatt av staten.

For at den sistnevnte gruppen skal bli omfattet av pasientrettigheten, er det behov for å etablere en nasjonal ordning som bestemmer hvilke leverandører som kan tilby tjenester og til hvilken pris. Departementet vurderer det som mest hensiktsmessig at krav og rettigheter reguleres i en forskrift om fritt behandlingsvalg. Det foreslås derfor i dette kapitlet en bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om forholdet mellom de private leverandørene, staten og helseforetakene.

I utgangspunktet bør alle private leverandører kunne søke om å delta i ordningen. Det er imidlertid behov for å kunne stille særskilte krav til rapportering, kvalitet og pasientsikkerhet og for å regulere finansiering, godkjenning og hvilke tjenester som skal omfattes av fritt behandlingsvalg. I tillegg må oppgjørsordningen og prissystemet reguleres.

I dette kapitlet vil departementet redegjøre for forskriftshjemmelen som foreslås, og gi en overordnet vurdering av hvordan en forskrift om fritt behandlingsvalg skal innrettes. Selve forslaget til forskrift om fritt behandlingsvalg vil bli sendt på egen høring etter at denne proposisjonen er behandlet i Stortinget, forutsatt at forslagene til lovendringer blir vedtatt.

### 9.2 Krav som kan stilles til leverandører i fritt behandlingsvalg

---

#### 9.2.1 Forslag i høringsnotatet

Det ble i høringsnotatet redegjort for ulike løsninger for hvordan man kan regulere forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandør. Det ble påpekt at valg av løsning vil være avhengig av en avveining mellom det å stille detaljerte krav for å sikre at ulike hensyn og formål blir ivaretatt, og det å skape en brukervennlig og resurseffektiv ordning.

Departementet foreslo i høringsnotatet en forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Dette ble ansett som best egnet, da det vil være behov for å gjøre en del endringer underveis, for eksempel når det gjelder prising og innfasing og utfasing av tjenester. Dette tilsier at forskrift bør velges som reguleringsmåte.

I høringsnotatet tok departementet også opp spørsmålet om det bør stilles krav av skjønnsmessig karakter for å ivareta sentrale helsepolitiske hensyn. Det ble uttalt at det kan være aktuelt at det offentlige i vurderingen av en søknad om etablering innenfor fritt behandlingsvalg må kunne legge vekt på total kapasitet, tilgang til spesialisthelsepersonell og geografisk ulikhet i tilbudet.

Av høringsnotatet fremgikk det at for å sikre forutsigbarhet og likebehandling for fritt behandlingsvalgleverandørene, må slike samfunnsmessige hensyn konkretiseres i størst mulig grad i regelverket. Det ble påpekt at det likevel vil innebære utøvelse av skjønn hvis denne typen hensyn skal kunne vektlegges i en vurdering av om godkjenning skal gis eller ikke. Innhenting av faglige råd i forbindelse med godkjenningsvurderingen vil være en viktig del av faktagrunnlaget for den myndighet som skal avgjøre søknaden.

Eksempler som ble gitt på hvilke samfunnsmessige hensyn som kan være aktuelle var:

- at virksomheten ikke skal svekke den geografiske og helsefaglige spredningen av helse-tjenesten,

- at virksomheten ikke skal redusere den offentlige helsetjenestens mulighet til å gjennomføre sine oppgaver,
- at virksomheten ikke skal legge beslag på helsepersonellressurser det er knapphet på.

Det ble understreket at dersom det stilles krav av mer skjønnsmessig karakter i forskriften, vil det føre til økte administrasjonskostnader for helsemyndighetene ved at selve prosessen vil bli mer omfattende og krevende, enn om kravene som stilles kun er av objektiv karakter.

I tillegg foreslo departementet at det i forskriften skulle kunne stilles vilkår om at godkjenningen skulle være tidsbegrenset, for eksempel at leverandører må søke om ny godkjenning etter en periode på 5 år.

Når det gjelder forholdet til godkjenning av helseinstitusjoner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-1, ble det understreket at denne godkjenningsordningen gjelder uavhengig av innføring av ordningen med fritt behandlingsvalg. Det innebærer for eksempel at enkelte virksomheter først må søke om godkjenning som sykehus før de kan søke om å få levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg. Andre virksomheter kan bli godkjente som fritt behandlingsvalgleverandører uten slik sykehusgodkjenning.

Det ble påpekt at de ulike godkjenningsordningene har forskjellig formål og skal ivareta ulike hensyn. Det at det foreslås å innføre fritt behandlingsvalg er ikke ment å rokke ved begrunnelsene for allerede eksisterende godkjenningsordninger.

Innføring av et system der mange leverandører samtidig kan levere til to forskjellige priser, henholdsvis anbudsprisen og prisen i fritt behandlingsvalg, vil påvirke leverandørenes atferd og dermed dynamikken i markedene for disse tjenestene. For å sikre mest mulig pasientbehandling for ressursene som stilles til disposisjon, foreslo departementet at følgende rammer skal legges til grunn for fastsettelse av pris i fritt behandlingsvalg:

1. Det er et mål at prisen i fritt behandlingsvalg ikke skal medføre at kostnadene for staten øker sammenlignet med økt bruk av anbud,
2. Prisene skal settes slik at de bidrar til legitimitet knyttet til ordningen med fritt behandlingsvalg. Det innebærer blant annet at private leverandører ikke kan ha en urimelig høy fortjeneste eller tilby et urimelig høyt lønnsnivå.

### 9.2.2 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene er enige i at det bør gis en hjemmel for å regulere fritt behandlings-

valg i forskrift, og at det stilles krav utover minimumskrav til de leverandørene som ønsker å levere i fritt behandlingsvalg. Blant annet uttaler *Kirkens Bymisjon* at de:

«støtter departementets vurdering av at det, dersom FBV innføres, bør utarbeides en egen forskrift som regulerer godkjenningsordningen for private tilbydere, og at denne bør sendes ut på egen høring. Vi støtter også departementets vurdering av at denne bør inneholde både objektive og skjønnsmessige kriterier for tildeling.»

Og *Fylkesmannen i Oslo og Akershus*:

«Vi ser det som hensiktsmessig at reguleringen av ordningen og kravene for å inngå i ordningen forskriftsfestes.»

Mange av høringsinstansene peker på at det bør stilles de samme kravene til de som ønsker å levere i fritt behandlingsvalg som til andre private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak. Blant annet uttaler *Helse Midt-Norge RHF* at:

«En løsning hvor kravene til FBV-leverandørene fastsettes i forskrift synes å være den beste. Helse Midt-Norge støtter høringsforslaget på at FBV leverandørene skal ha de samme kravene til kvalitet som helseforetakene og private aktører med avtale. De krav som stilles i dagens avtaler med de private er i det store og hele basert på krav som allerede følger av lov og forskrift. Det må stilles de samme krav til FBV leverandører (og da verken høyere eller lavere krav) som de som stilles til våre helseforetak og de private aktører vi har inngått avtaler med etter ordinære anskaffelser.»

Og *Aleris*:

«Det er videre viktig at det nedfelles klare retningslinjer i forskrift for fritt behandlingsvalg. Dette vil skape et tydelig og forpliktende krav- og rettighetssystem mellom bestiller og tilbyder. Vi er enige i at rapporteringskrav må legges på nivå med offentlige sykehus og private med avtale. Dette vil sikre likebehandling, oversikt over aktiviteter, utviklingstendenser i etterspørsel, flaskehals og ikke minst sikre pasientene kvalitet gjennom ordningen. Gjennom forskrift kan man også unngå at noen private aktører går inn og tar de enkle og <ukra-



tive» inngrepene (såkalt «cherry picking») eller kun leverer det aller mest nødvendige og til en kvalitet som ikke er god nok. Det er en selvfølge for Aleris at de private leverandørene skal følge de samme prioriteringsreglene og krav til forsvarlighet som offentlige tilbydere slik at pasienten er sikret en god og forsvarlig behandling (og ikke overbehandling) uansett hvilken dør han eller hun går inn.»

Og *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)*:

«FFO registrerer at departementet vil stille samme krav til institusjoner som inngår i fritt behandlingsvalg som de krav som stilles til den offentlige spesialisthelsetjenesten. FFO støtter dette og mener det er naturlig å stille de samme krav til blant annet kvalitet og pasient-sikkerhet, rapportering til NPR m.m.»

Når det gjelder krav av mer skjønnsmessig karakter for å sikre sentrale helsepolitiske hensyn er flere av høringsinstansene negative. *NHO* uttaler at:

«Vi er videre redd for at de helsepolitiske hensyn gir for stort rom for skjønn og fremstår som uforutsigbare. Det fremstår ikke som klart for *NHO* hvordan de samfunnsmessige hensynene departementet ønsker å ivareta skal kunne trues av ordningen med fritt behandlingsvalg.

Det virker også som lite konsistent at leverandørene på den ene siden må tilfredsstillende rekke formelle krav til aktiviteter og rapporteringer for å kvalifisere seg, og på den andre siden kan bli diskvalifisert av rene skjønnsmessige samfunnsmessige hensyn. Dette skaper etter *NHO*s syn uforutsigbare rammer for private leverandører som deltar i ordningen.»

Andre høringsinstanser er imidlertid positive til at departementet skal ha mulighet til å stille krav som sikrer at helsepolitiske hensyn blir ivaretatt. Blant annet *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* uttaler at:

«*LHL* er enig i at en søknad om etablering innenfor fritt behandlingsvalg kan avslås, for eksempel med den begrunnelse at den private virksomheten legger beslag på helsepersonellressurser det er knapphet på. Eller at det blir for sterkt konsentrasjon av privat virksomhet i et område, som gjør det vanskelig å planlegge å dimensjonere det offentlige helsetilbudet.»

Og Helse Midt-Norge RHF:

«Helse Midt-Norge RHF mener det er vesentlig at det i vurderingen av søknader om etablering innenfor FBV ordningen skal kunne legges vekt på total kapasitet, tilgang til nøkkelpersonell og geografisk ulikhet i tilbudet.»

*Volvat* peker på at dagens godkjenningsordning for sykehus bør videreføres, og at en slik godkjenning bør være tilstrekkelig for å sikre sentrale helsepolitiske hensyn i ordningen fritt behandlingsvalg.

Flere av høringsinstansene uttaler seg om tidsbegrensningen som ble foreslått i høringsnotatet. *Borgestadklinikken* ber om at begrensningen vurderes på nytt, og uttaler:

«Vi merker oss at det foreslås en tidsbegrensning for godkjenning på fem år og ber om at det vurderes om dette vil være for kort. I og med at Helse direktoratet foreslås både som godkjennings- og som kontrollorgan og vil kunne trekke godkjenningen tilbake dersom institusjonen ikke følger kravene i forskriften. Slik vi ser det, vil det ikke være særlig risikofyllt å gi godkjenning for mer enn fem år.»

*Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon* er også bekymret for at en 5 års begrensning kan være noe kort, og uttaler:

«Departementet foreslår en tidsbegrensning på 5 år på godkjenningen. Fagrådet er noe i tvil om dette er tilstrekkelig for å sikre god fagutvikling og til å gjøre nødvendige investeringer. Helse direktoratet gis i forslaget mulighet til å trekke godkjenningen hvis faglig kvalitet ikke følger kravene i forskriften. På den bakgrunn ber Fagrådet vurdere om 5 år er tilstrekkelig eller hvorvidt det er mulig å gi løpende avtaler.»

Kirkens bymisjon støtter departementets vurdering av at godkjenningen må ha en viss varighet, og at den må kunne trekkes tilbake ved brudd på vilkårene i godkjenningen. De uttaler at ved endringer i behov eller prioriteringer som fører til oppsigelse av avtale, bør dette varsles i god tid, for eksempel 2 år før oppsigelse.

Mange av høringsinstansene er i utgangspunktet enige i departementets forslag i høringsnotatet om hvordan prisene i fritt behandlingsvalg bør settes. For eksempel uttaler *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* at:

«LHL mener de resonnementene som ligger bak forslaget om at behandlingsvalgsprisen settes under laveste anbudspris for den aktuelle tjenesten understøtter hensynet til riktig bruk av offentlige midler og støtter i utgangspunktet dette. Samtidig må de endelige vurderinger være helhetlige slik at blant annet hensynene til tilgjengelig, gode prioriteringer og kvalitet har selvstendige og reelle innvirkninger på beslutningene.»

Og *Aleris*:

«Vi er enige i at prisingen av fritt behandlingsvalg må ses i sammenheng med tilbud, og ikke settes opp på en måte som kan svekke anbudsordningens betydning. Vi ser også resonnetet som ligger bak at en prisfastsettelse på fritt behandlingsvalg som settes høyere enn anbudspris for samme tjeneste, kan redusere insentivene for å vinne tilbud.»

Flere høringsinstanser problematiserer imidlertid dette utgangspunktet. Kritikken går særlig på departementets vurderinger av hvordan man skal klare å fastsette prisene på den måten som beskrives i høringsnotatet. Det vises blant annet til at anbudsprisene er hemmelige, at det er geografiske forskjeller og at prisene endres over tid.

Videre mener *Helse Vest RHF* at en lav pris vil stimulere FBV-leverandørene til å sile pasienter. Det påpekes også at i de fleste anskaffelser blir det lagt stor vekt på kvalitet i valg av leverandør. *Helse Vest* er derfor bekymret for at prinsippet for prissetting kan få konsekvenser for kvaliteten på tjenester i fritt behandlingsvalg. En annen bekymring er at dersom pris i fritt behandlingsvalg settes under anbudspris, vil dette skape sterke insentiver til at prisene i neste anbudsrunde vil øke mer enn ellers.

*Helse Sør-Øst RHF* peker på at kostnadsforholdene vil variere mellom helseregionene, og mener derfor at det ikke uten videre er gitt at laveste anbudspris for en definert tjeneste alle regionene sett under ett, vil være en «riktig» pris å benytte som referanse for den nasjonale FBV-prisen. I *Helse Nord* er man bekymret for at prisingen i fritt behandlingsvalg på sikt vil kunne uthule både anbudsinstuttet og ønsket kvalitetsutvikling. *Helse Nord RHF* uttaler at de:

«finner grunn til å peke på at priser med referanse i laveste anbudspris heller ikke automatisk vil verne anbudsinstuttet. I konkurranser tillegges meroppfyllelsen av kvalitative elemen-

ter vekt. I FBV vil leverandørene kunne legge seg på et minimumsnivå og kanskje likevel få større økonomisk gevinst enn avtaleleverandører som har investert mer i personell, kompetanse- og tjenesteutvikling, samarbeidsarenaer etc. for å vinne frem i konkurranse med andre. På sikt vil dette kunne uthule både anbudsinstuttet og ønsket kvalitetsutvikling. For høy pris øker risikoen for vridningseffekter, og må i alle fall unngås.»

Selv om helseforetakene har bekymringer knyttet til hvordan prisene skal settes i fritt behandlingsvalg, er de imidlertid enige i prinsippet om at prisene må være lavere enn laveste anbudspris. *Helse Vest RHF* uttaler at:

«Det motsatte utgangspunkt, med et høyere prisnivå enn laveste anbudspris for en definert tjeneste, vil være umulig å leve med. En vil derfor ikke foreslå endringer på dette punktet, men en må være oppmerksom på konsekvensene hvis ordningen blir innført.»

*Aleris* foreslår at man ser til Sverige og hvordan prisene fastsettes der. De uttaler at:

«For å få satt riktige priser må prisene gjennomgås regelmessig og man må se hvordan selve ordningen utvikler seg over tid. I Stockholm er det landstinget som setter prisene, der man justerer og høster erfaringer underveis. Med en slik «dynamisk» form for prisfastsettelse vil det være mulig å legge prisen både marginalt over og under anbudspris. En slik ordning vil ikke avsløre anbudspris. Vi anbefaler følgelig at Helsedirektoratet gis i oppdrag å fastsette pris innen fritt behandlingsvalg, og at man i arbeidet med prismekanismer undersøker prisfastsettingsordningen til Stockholm läns landsting.»

Andre høringsinstanser er bekymret for at prisene skal settes for lavt, slik at interessen for å levere i ordningen blir lav. Blant annet uttaler *NHO Service* at:

«Ved å sette prisen under anbudsprisen og ikke se prisen som funksjon av hva som leveres, hva man får igjen og som funksjon av krav og plikter i ordningen, står man i fare for å få for liten interesse for ordningen.»

Og *Fagrådet – rusfeltets hovedorganisasjon*:

«Fagrådets bekymring er at det kommer en ordning innenfor spesialisthelsetjenesten som ikke blir en reell mulighet innenfor TSB fordi prisen settes for lavt. Fritt sykehusvalg er en ikke reell mulighet for ruspasienter, Fagrådet er bekymret for at Fritt behandlingsvalg også blir en ordning som ikke blir reell for ruspasienter.»

De fleste høringsinstansene støtter forslaget om at avtalespesialistene med 100 pst. hjemmel ikke skal ha anledning til å delta i fritt behandlingsvalg. For eksempel uttaler LHL at de:

«støtter at avtalespesialister med 100 prosent avtalehjemmel ikke omfattes av fritt behandlingsvalg. I stedet bør avtalespesialister med lavere hjemmel få mulighet til å øke hjemmelen. I tillegg må det vurderes om antallet avtalespesialister i dag er tilstrekkelig.»

Når det gjelder spørsmålet om avtalespesialister med mindre enn 100 pst. hjemmel kan levere tjenester i fritt behandlingsvalg, uttaler Helse Sør-Øst RHF at de ikke kan se behov for dette. Det blir argumentert med at avtalespesialister som ikke har full hjemmel også i dag kan arbeide utover det hjemmelsprosenten tilsier og fortsatt få refusjon fra det offentlige.

### 9.2.3 Departementets vurderinger og forslag

#### 9.2.3.1 *Rettslig regulering av fritt behandlingsvalg – behov for forskriftshjemmel*

Fritt behandlingsvalg innebærer en utvidelse av pasientenes rett til å velge behandlingssted, ved at private kan tilby definerte tjenester til en pris fastsatt av staten. Det vil si at private skal kunne tilby sine tjenester til pasienter som er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste uten at det er et krav om avtale med et regionalt helseforetak. Ved anbud reguleres forholdet mellom det offentlige og den private leverandøren gjennom en avtale, som blant omfatter pris, hvilke tjenester som skal leveres, samarbeid, rapportering osv. Denne avtalemekanismen er ikke til stede i fritt behandlingsvalg. Det innebærer at man må finne andre måter å regulere forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandøren på.

De fleste høringsinstansene deler departementets oppfatning om at det er naturlig å gi en forskriftshjemmel for å etablere ordningen fritt behandlingsvalg. Alternativet er at detaljene i ordningen må reguleres i lov. Det vil imidlertid være

behov for å gjøre en del endringer underveis, for eksempel når det gjelder prising og innfasing av nye tjenester. Dette tilsier at forskrift bør velges som reguleringsmåte. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om en bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel til i forskrift å regulere private leverandørers mulighet til å levere helsetjenester til en pris fastsatt av staten.

#### 9.2.3.2 *Hvilke krav skal stilles til leverandører som ønsker å levere i fritt behandlingsvalg?*

Videre er det et spørsmål om hvilke krav som bør stilles til de private leverandørene som ønsker å levere tjenester i fritt behandlingsvalg. Det sentrale formålet ved innføring av en ordning med fritt behandlingsvalg, er at pasienten skal få økt valgfrihet. Det er ikke tenkt at etableringen av denne økte valgfriheten skal medføre at andre pasient- og brukerrettigheter svekkes. Det er heller ikke tenkt at det skal gjelde noen lempeligere krav til kvalitet, tilsyn, klagemuligheter mv. overfor fritt behandlingsvalgleverandørene. En rekke krav følger allerede av gjeldende lovgivning som også omfatter privat virksomhet. Dette gjelder bl.a. flere av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og pasientjournalloven.

Hvilke andre krav som skal stilles vil bero på en avveining mellom det å stille detaljerte krav og det å skape en enkel og lite ressurskrevende ordning. På overordnet nivå kan det sies at krav av mer objektiv karakter (for eksempel krav til datasystemers kompatibilitet) krever mindre administrasjon og er enklere å håndtere. Krav som i større grad forutsetter at godkjenningsmyndigheten må sette i gang omfattende faktainnhenting og foreta kompliserte og sammensatte vurderinger (for eksempel vurdering av total kapasitet til offentlige og private tilbydere av helsetjenester), vil kreve en mer ressurskrevende og komplisert forvaltning.

De fleste høringsinstansene er av den oppfatning at leverandørene i fritt behandlingsvalg bør stilles overfor de samme kravene som private leverandører som har avtale med et regionalt helseforetak. Departementet deler denne oppfatningen, og vil i forskriftsarbeidet ha dette som et klart utgangspunkt. For eksempel vil en del lov- og forskriftskrav som i dag gjelder for offentlige sykehus og private med avtale, men ikke gjelder for private uten avtale, bli stilt som vilkår for at private skal kunne få godkjenning. Det må foreligge særlige hensyn dersom dette utgangspunktet skal fravikes.

De samme rapporteringskravene som i dag stilles til offentlige sykehus og i allerede eksisterende avtaler inngått med private leverandører, bør kunne stilles til leverandørene i fritt behandlingsvalg. For eksempel skal leverandørene registrere ventetid i Norsk pasientregister på samme måte som for offentlige institusjoner og private med avtale.

Eksempler på krav som bør kunne stilles til registrering, rapportering mv. er at:

- leverandørene til enhver tid skal ha oversikt over aktivitet,
- leverandørene, på det tidspunktet en behandling starter opp, skal melde fra til den virksomhet der pasienten står på venteliste,
- leverandørene skal sende rapport til NPR over pasienter som er behandlet,
- leverandørene skal ha oversikt over dødsfall, pasientskader mv., og umiddelbart varsle Statens helsetilsyn eller Kunnskapsenteret ved henholdsvis dødsfall, alvorlige hendelser og uønskede hendelser,
- leverandørene skal til enhver tid ha programvare som tilfredsstillende alle krav til rapportering av pasientdata i spesialisthelsetjenesten,
- leverandørene må forplikte seg til å gi journalinnsyn for at godkjenningsmyndighetene skal kunne foreta stikkprøvekontroller i forbindelse med det økonomiske oppgjøret, og
- tjenesten skal leveres til en fastsatt pris

Flere av disse kravene gjelder allerede for private leverandører.

Når det gjelder kvalitet kan følgende være eksempler på krav som kan være aktuelle å stille i forskriften:

- virksomheten skal ha nødvendig spesialistbemanning, vaktordninger mv.,
- leverandørene skal avgi dokumentasjon på pasienttilfredshet og rapportere på nasjonale kvalitetsindikatorer og til medisinske kvalitetsregistre der disse finnes, og
- virksomheten skal være med i forsikringsordningen for NPE på lik linje med virksomheter de regionale helseforetakene har inngått avtaler med.

Det følger allerede som nevnt av gjeldende rett at sentrale bestemmelser som for eksempel plikten til å drive forsvarlig og å ha fungerende internkontrollsystemer gjelder også for disse leverandørene. Videre er det klart at helsetilsynsloven og pasientskadeloven gjelder for både offentlig og privat sektor. En dobbeltregulering av slike krav vil være både uheldig og unødvendig.

Enkelte av høringsinstansene pekte på utfordringer knyttet til departementets forslag til prisfastsettelse. Innspillene var knyttet til konfidensialitet om anbudsprisene, regionale kostnadsforskjeller, usikkerhet om respons fra aktuelle leverandører gitt prinsippene for prising og behovet for dynamisk revisjon av prisene og prismodellen. Departementet vil i forbindelse med forskriftsarbeidet utrede hvordan disse forholdene skal håndteres. Departementet vil likevel opprettholde forslaget om at følgende rammer skal legges til grunn for fastsettelse av pris i fritt behandlingsvalg:

1. Det er et mål at prisen i fritt behandlingsvalg ikke skal medføre at kostnadene for staten øker sammenlignet med økt bruk av anbud,
2. Prisene skal settes slik at de bidrar til legitimitet knyttet til ordningen med fritt behandlingsvalg. Det innebærer blant annet at private leverandører ikke kan ha en urimelig høy fortjeneste eller tilby et urimelig høyt lønnsnivå.

Prisene må revideres jevnlig. Departementet legger til grunn at Helsedirektoratet årlig skal fastsette prisene innenfor rammer og prinsipper fastsatt av departementet. Ved innføring av fritt behandlingsvalg for nye fagområder/tjenester legges det som hovedregel opp til å ta utgangspunkt i områder hvor det er markedspriser, typisk etter bruk av anbud. Revideringen av prisene må ta hensyn til eventuell prisutvikling som framkommer i anskaffelsene som de regionale helseforetakene gjennomfører. Fritt behandlingsvalgpriser for døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt noen somatiske tjenester vil bli fastsatt samtidig som forskriften om fritt behandlingsvalg trer i kraft. Departementet vil utrede nærmere den konkrete mekanismen for prisfastsettelse i forbindelse med utarbeidelsen av høringsnotatet om forskriften om fritt behandlingsvalg.

#### 9.2.3.3 *Skal det kunne legges vekt på helsepolitiske hensyn i vurderingen av om godkjenning skal gis eller ikke?*

I høringsnotatet foreslo departementet at det skulle kunne legges vekt på helsepolitiske hensyn i vurderingen av om godkjenning skulle gis eller ikke. Høringsinstansene var delte i tilbakemeldingene på om dette var hensiktsmessig. Departementet har vurdert dette spørsmålet videre, og er kommet til at slike hensyn er vanskelige å gjøre operasjonaliserbare.

Som eksempel vises det til forslaget i høringsnotatet om at behovet for helsepersonell

skulle kunne vektlegges i godkjenningen. Den geografiske spredningen av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er mulig å tallfeste ved innhentning av data. Slike data vil imidlertid bare være øyeblikksbilder som ikke vil beskrive morgendagens personellsituasjon, og følgelig vil det være vanskelig å begrunne et avslag på bakgrunn av slike data. Det kan dessuten være vanskelig å likebehandle leverandørene som ønsker å delta i ordningen, dersom det skal kunne legges vekt på hensyn som er så skjønsmessige. Slike hensyn vil kreve mye ressurser både ved vurdering av søknader og ved eventuell klagebehandling. Departementet vil på denne bakgrunn ikke foreslå at det skal kunne legges vekt på slike helsepolitiske hensyn i selve godkjenningsordningen.

Departementets vurdering er at det vil være bedre å ivareta helsepolitiske hensyn, for eksempel slike hensyn som fremgår av formålsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, gjennom styring av hvilke tjenester som skal kunne være en del av fritt behandlingsvalg. Det vil si at slike hensyn bør kunne ivaretas gjennom en aktiv styring av innfasing og utfasing av tjenester som er prissatt i ordningen. Helsemyndighetene står i utgangspunktet fritt når det gjelder hvilke hensyn som skal vektlegges når nye tjenester enten tas inn i ordningen eller skal tas ut av ordningen. I vurderingen av om tjenester skal fases inn eller ut, bør ivaretagelse av samfunnsmessige hensyn stå sentralt. Blant annet på bakgrunn av informasjonen som fremkommer av følgeevalueringen, kan det utføres risikoanalyser som vektlegger slike hensyn før innfasing og utfasing av nye tjenester. Innfasing av tjenester må skje i samspill med berørte aktører i det offentlige helsevesenet. Informasjon om knapphet på nøkkelpersonell og geografisk tilgjengelighet av spesialisthelsetjeneste, vil være relevante hensyn som kan vektlegges i vurderingene av hvilke tjenester som eventuelt skal fases inn i fritt behandlingsvalg. Et eksempel vil være at det ikke tas inn tjenester som kan føre til uønskede vridningseffekter, eller fagområder der det er knapphet på personell. Mer om dette under punkt 9.5.

#### 9.2.3.4 *Særlig om tidsbegrensning av godkjenning av private leverandører*

Departementet la i høringsnotatet til grunn at godkjenningen til å levere i fritt behandlingsvalg skal ha en viss varighet for den enkelte private leverandør, for eksempel 5 år. Begrunnelsen for dette forslaget var at helsemyndighetene kan ha behov for å justere innretningen av fritt behand-

lingsvalg blant annet i lys av endrede behov for spesialisthelsetjenester.

Selve innfasingen av ulike tjenester i fritt behandlingsvalg vil imidlertid også kunne ivareta behovene for å justere innretningen av fritt behandlingsvalg. Flere høringsinstanser tar opp spørsmålet om tidsbegrensning av godkjenningen. En del mener 5 år blir for kort tid og andre fremhever at en eventuell inndragelse av godkjenning må varsles leverandøren i god tid. Departementet vil utrede disse spørsmålene nærmere i forskriftsarbeidet, og vil ikke på nåværende tidspunkt konkludere med hensyn til om godkjenningen til å levere i fritt behandlingsvalg skal være tidsbegrenset eller ikke. Det foreslås imidlertid at hjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 åpner for at det kan gis forskrift om at godkjenningen gjøres tidsbegrenset.

#### 9.2.3.5 *Særlig om hvilke aktører som er aktuelle for å levere i fritt behandlingsvalg*

Et særlig spørsmål er hvilke leverandører som vil være aktuelle å inkludere i fritt behandlingsvalg. I utgangspunktet er det tenkt at alle private skal ha anledning til å søke om å få delta i ordningen. Det vil likevel være noen unntak fra dette utgangspunktet.

For det første, siden dette skal være en ordning som åpner for at private skal kunne levere helsetjenester til pasienter finansiert av staten, vil helseforetakene falle utenfor ordningen fordi de er offentlige. Det vises til at formålet med fritt behandlingsvalg blant annet er å mobilisere ledig kapasitet i private sektor og å fungere som et korrektiv til de offentlige sykehusene. Ved å forlate systemet med streng aktivitetsstyring er det imidlertid lagt til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Samtidig gir dette også rom for at de regionale helseforetakene kan styre aktivitetsøkningen mot de mest effektive behandlingseenhetene.

Videre vil de diakonale sykehusene (Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen) som gjennom driftsavtaler har inngått et tett og forpliktende samarbeid med de regionale helseforetakene, falle utenfor. Det stilles ingen eierkrav til de diakonale sykehusene tilsvarende de krav som stilles til helseforetakene som er eid av de regionale helseforetakene. I

rettslig forstand betraktes imidlertid disse sykehusene som offentlige. Dette fremgår av forarbeidende til pasient- og brukerrettighetsloven og av Ot.prp. nr. 63 (2003–2004) s. 15 og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) s. 87. Disse sykehusene har ikke vært kommersielt drevet og inngikk tidligere i de fylkeskommunale og regionale helseplanene. På samme måte som for helseforetakene vil de diakonale sykehusene derfor ikke være omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg.

Når det gjelder avtalespesialistene, står disse i en særstilling. Noen høringsinstanser er av den oppfatning at avtalespesialistene bør kunne levere i ordningen for fritt behandlingsvalg. Departementet deler ikke den oppfatningen. Avtalespesialister med 100 pst. avtalehjemmel kan allerede i dag behandle pasienter uten at det er et tak på hvor mange pasienter de kan behandle. Det er derfor ikke hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialister skal kunne levere behandlinger også i fritt behandlingsvalg. Motivet for å velge å yte behandling til den prisen som er fastsatt i fritt behandlingsvalg, ville antagelig være at det er forskjell mellom takstene/prisene i de to ordningene. Staten vil da kunne ende opp med å betale mer enn nødvendig for en gitt aktivitet. Departementet kan derfor ikke se gode grunner til at avtalespesialistene skal kunne levere i ordningen, og vil opprettholde forslaget om at avtalespesialister ikke omfattes av fritt behandlingsvalg. Departementet vil for øvrig vise til den pågående dialogprosessen med Legeforeningen og Psykologforeningen med sikte på å videreutvikle avtalespesialistordningen.

Departementet vil likevel utrede om det kan være hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialister med mindre enn 100 pst. avtalehjemmel, kan levere tjenester i fritt behandlingsvalg på områder hvor det ikke finnes refusjonstakster fra folketrygden.

Alle andre private leverandører enn de som er nevnt ovenfor, vil være aktuelle å inkludere i fritt behandlingsvalg. Dette gjelder også private leverandører som har avtale med regionale helseforetak.

#### 9.2.3.6 Forholdet til andre godkjenningsordninger

Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 stiller krav om at sykehus må godkjennes før det kan yte helsetjenester. Institusjoner som skal være ansvarlige for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, må ha godkjenning etter psykisk helsevernforordningen § 2. Det er viktig å understreke at disse godkjenningsordningene gjelder uavhengig

av om det innføres en ordning med fritt behandlingsvalg.

Ordningene har forskjellig formål og skal ivareta ulike hensyn. Det at man innfører fritt behandlingsvalg innebærer ikke i seg selv at begrunnelsene for dagens godkjenningsordninger faller bort. Begrunnelsene for dagens godkjenningsordninger hviler på andre betraktninger enn hva som ligger til grunn for innføringen av fritt behandlingsvalg.

Forslag til eventuelle endringer i regelverket for godkjenning av sykehus mv. vil derfor bli ivare tatt i en egen prosess, jf. Meld. St. 11 (2013–2014) der Prop. 196 L (2012–2013) om forslag til avvikling av godkjenningsordningen for sykehus ble trukket.

## 9.3 Særlig om ansvar for pasienten og forholdet til kravet om forsvarlighet

### 9.3.1 Forslag i høringsnotatet

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

Når en pasient velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør, oppstår det spørsmål om hvilket ansvar som påligger det regionale helseforetaket og det helseforetaket som har mottatt henvisningen. Det ble lagt til grunn i høringsnotatet at de regionale helseforetakene ikke skulle ha et ansvar for fritt behandlingsvalgleverandørene. Det ble videre lagt til grunn at når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør, så vil denne overta ansvaret for pasienten fra helseforetaket. Det innebar at når pasienten valgte å motta behandling hos en fritt behandlingsvalgleverandør, så var det denne som var ansvarlig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp, og å henvise pasienten videre når dette var nødvendig.

Det ble påpekt at dette vil gjelde på samme måte som for fritt sykehusvalg, men med den forskjellen at det regionale helseforetaket ikke har det overordnede ansvaret for fritt behandlingsvalgleverandørene. Det ble understreket at dette ikke innebærer at det ikke skal stilles krav til fritt behandlingsvalgleverandørene. Det er avgjørende å sikre at pasienten får forsvarlig helse-

hjelp også hos disse. I stedet for at dette reguleres gjennom avtale mellom et regionalt helseforetak og en privat leverandør slik det gjøres i fritt sykehusvalg, ble det foreslått at dette skulle reguleres i forskrift om fritt behandlingsvalg.

### 9.3.2 Høringsinstansenes syn

Flere av helseforetakene er bekymret for at fritt behandlingsvalg utfordrer sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. For eksempel så uttaler *Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF)* at:

«Sørge for ansvaret» bør være enhetlig og tydelig plassert i foretakene. Vi mener derfor at forslaget om at Helsedirektoratet gis en godkjenningsordning av private institusjoner innen FBV, ikke er en god løsning. Vi kan imidlertid støtte at FBV gjennomføres gjennom utvidet kjøp av helsetjenester, hvor man som i dag, lar de regionale helseforetakene inngå nødvendige avtaler.»

Og *Helse Vest RHF*:

«Slik forslag til FBV er beskrevet i høringsnotatet, vil det offentlige tilbud om spesialisthelsetjenester bli delt i to: Et i regi av RHFene, og FBV forvaltet av Helsedirektoratet på utsiden av det tilbud RHFene gir. En oppsplitting av dagens enhetlige «sørge for» ansvar medfører fare for å utløse uklarhet hva gjelder ansvar for pasientgrupper og enkeltpasienter. Videre kan prinsippene om likeverdige helsetjenester og prioritering i samsvar med gjeldende lovgivning utfordres. Ivaretagelse av «sørge for» ansvaret er komplekst og krevende. En ny ordning som i realiteten splitter dette ansvaret bør være særlig godt begrunnet, selv om det er to statlige organer som er involvert. Helse Vest kan ikke se at det i høringsnotatet gis tilstrekkelig gode begrunnelser for en slik oppsplitting, og mener «sørge for» ansvaret fortsatt bør være plassert et sted og klart definert.»

*Helse Nord RHF* stiller spørsmål ved om en godkjenningsordning for fritt behandlingsvalg utenfor de regionale helseforetakenes totalansvar kan etableres uten å endre helseforetaksloven.

### 9.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Det er grunn til å tro at innføringen av en ordning med fritt behandlingsvalg vil gjøre det noe mer

komplisert for de regionale helseforetakene å ivareta sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester. Dette fordi fritt behandlingsvalg er en ordning hvor pasientene kan velge å motta helsehjelpen utenfor det systemet som de regionale helseforetakene styrer. Det å planlegge, organisere og bygge opp helsetjenestetilbudet i regionen kan derfor bli vanskeligere når man ikke vet hvor mange og hvilke pasienter som faktisk vil benytte seg av tilbudet om fritt behandlingsvalg. Departementet deler derfor helseforetakenes vurdering om at utøvelsen av sørge for-ansvaret blir noe mer komplisert som følge av innføringen av fritt behandlingsvalg. Det er likevel viktig å understreke at forslaget handler om å utvide pasientenes valgmuligheter. Dette handler derfor ikke om hvorvidt pasientene skal få helsehjelp, men om at planlegging kan bli noe vanskeligere for de regionale helseforetakene.

På den annen side vil departementet understreke at målsettingen ikke er at flest mulig pasienter skal velge fritt behandlingsvalgleverandører som ikke har avtale med et regionalt helseforetak. En av de sentrale målsettingene med ordningen er å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. Fritt behandlingsvalg setter pasienten i sentrum, og gir pasientene rett til å velge private leverandører når vedkommende ikke er tilfreds med tilgjengeligheten til det offentlige tilbudet eller av andre grunner ønsker å oppsøke private tilbud.

Jo bedre kvalitet og mindre ventetid det offentlige helsetilbudet har, jo mindre sannsynlig vil det være at pasienter velger å oppsøke private tilbud gjennom fritt behandlingsvalg. Formålet med ordningen er til dels å være et insentiv for offentlige sykehus til å bli bedre og mer effektive.

Når det gjelder spørsmålet om behovet for å endre helseforetaksloven, så viser departementet til at helseforetaksloven i all hovedsak er en organisatorisk lov. Departementet kan derfor ikke se at innføringen av fritt behandlingsvalg krever endring av denne loven. Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Dette ansvaret oppfyller staten både gjennom de regionale helseforetakene, og fritt behandlingsvalg dersom dette vedtas.

Det regionale helseforetaket skal på samme måte som før, sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Men på samme måte som i dag innebærer ikke det en plikt for pasienten til å benytte tilbudet i regi av det regionale helseforetaket. For eksempel kan pasienter i dag velge å

oppsøke private tilbud uten avtale med det offentlige istedenfor å benytte seg av det tilbudet som det regionale helseforetaket har sørget for gjennom sine helseforetak. Departementet kan dermed heller ikke se at det er nødvendig med endringer i spesialisthelsetjenestelovens ansvarsbestemmelser.

Når det gjelder ansvaret for pasientene på individnivå, vil det være slik at det er den virksomheten som til enhver tid har pasienten hos seg til utredning og/eller behandling som har ansvaret. I det ansvaret ligger også en plikt til å henvise pasienten videre når dette er nødvendig. Med andre ord så endrer ikke forslagene i denne proposisjonen ansvaret som påligger enhver helseinstitusjon ved behandling av pasienter.

Når det gjelder ventelisterregistrering så skal det gjøres på samme måte som i dag. Det vil si at fritt behandlingsvalgleverandører skal registrere venteliste på samme måte som private med avtale gjør i dag. Det vil kreve noen endringer i ventelisterforskriften, og dette vil bli behandlet i forbindelse med høringen av forskrift om fritt behandlingsvalg.

## 9.4 Forvaltning av ordningen fritt behandlingsvalg

### 9.4.1 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at ordningen skulle forvaltes av Helsedirektoratet. Dette innebærer blant annet å godkjenne virksomheter som ønsker å levere tjenester i fritt behandlingsvalg. Det ble også foreslått en bestemmelse som ga Helsedirektoratet mulighet til å inndra retten til å tilby tjenester gjennom ordningen, dersom de forpliktelsene som følger av forskriften ikke blir fulgt.

Videre ble det lagt til grunn at vedtak om adgang til å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg er å anse som enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

### 9.4.2 Høringsinstansenes syn

Det er relativt få høringsinstanser som har innspill til forslaget om at Helsedirektoratet skal ha ansvar for forvaltningen av ordningen. *Helsedirektoratet* selv uttaler følgende:

«Innføring av FBV vil ha økonomiske og administrative konsekvenser gjennom nødvendig oppbygging av både kompetanse og kapasitet utenfor de regionale helseforetak. Departementet peker på Helsedirektoratet og HELFO til å ivareta flere av forvaltningsoppgavene. For å sikre kvalitet i tjenestetilbudet, god informa-

sjon til pasienten og riktig og effektiv økonomiforvaltning, vil det være behov for et forsterket forvaltningsapparat.»

*Riksrevisjonen* påpeker at det er viktig å sikre seg gode kontrollmuligheter, og uttaler at:

«For å sikre en god forvaltning og oppfølging av ordningen, er det viktig at de ulike aktørenes ansvar og myndighet er tydelig definert og kommunisert før den settes i verk. Myndighetene må sikre seg nødvendige kontrollmuligheter med ordningen generelt og med de private leverandørene spesielt, her fritt behandlingsvalgleverandørene. I forskriften som skal utarbeides, må derfor myndighetene sikre seg kontrollmulighet og innsynsrett overfor disse leverandørene.»

En del av helseforetakene er av den oppfatning at det ikke er hensiktsmessig å opprette en ordning som Helsedirektoratet skal forvalte ved siden av dagens anbudsregime. Blant annet uttaler *Helse Sør-Øst RHF* at:

«FBV ordningen, slik denne nå er foreslått av departementet, innebærer at Helsedirektoratet skal forvalte en ordning på utsiden av det tilbudet RHF-ene gir. Helse Sør-Øst RHF ser betydelig fare for at intensjonen i ordningen ikke vil bli oppfylt hvis den gjennomføres slik den nå er skissert. Helse Sør-Øst RHF vil heller anbefale at intensjonen med ordningen virkelig gjøres ved utvidet kjøp fra private leverandører, jf. over. Kjøp fra private leverandører ved konkurranseutsetting og avtaleinngåelse anses som gode virkemidler for å sikre prioritering, kvalitet, omfang og pris.»

*Justis- og beredskapsdepartementet* tar opp spørsmålet om godkjenning av leverandørene er å anse som et enkeltvedtak, og uttaler følgende:

«Etter utkastet til ny § 4-3 andre punktum kan det blant annet gis bestemmelser om «klageadgang. Vi forstår det slik at det siktes til klage over avgjørelser om godkjenning av virksomheter som ønsker å levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalg, og at hensikten er å gi en slik klageadgang, jf. høringsnotatet side 57. Vi legger til grunn at en slik avgjørelse vil være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. også høringsnotatets side 60, og at utgangspunktet derfor vil være at forvaltningslovens regler om klage gjelder.»



Justis- og beredskapsdepartementet mener også at forskriftsbestemmelsen bør utformes slik at det kommer tydeligere fram hva som menes med bestemmelser om «klageadgang», herunder om hensikten er å kunne gi forskriftsbestemmelser som avviker fra forvaltningslovens klageregler. Det bemerkes at i mangel av særskilt lovhjemmel kan begrensninger i klageretten etter forvaltningsloven bare vedtas ved forskrift dersom «tungtveiende grunner» tilsier dette, jf. forvaltningsloven § 28 fjerde ledd.

### 9.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Fritt behandlingsvalg innebærer som nevnt at det etableres en nasjonal ordning for private leverandører som ønsker å tilby sine tjenester til pasienter til en pris fastsatt av staten. Videre foreslås det en godkjenningsordning med krav til de private leverandører som ønsker å levere i denne ordningen. Det innebærer at noen må forvalte ordningen. Sentrale oppgaver vil være tildeling og tilbakekall av godkjenning og annen oppfølging av godkjente leverandører, informasjon til aktørene (pasienter, regionale helseforetak, fastleger og leverandører), fastsetting av priser, økonomisk oppgjør m.m. Departementet mottok få innspill på forslaget om at Helsedirektoratet bør være den som forvalter fritt behandlingsvalgordningen. Departementet fastholder dermed at Helsedirektoratet, eller den de utpeker, vil være egnet til å ivareta oppgaven med blant annet godkjenning av fritt behandlingsvalgleverandører.

Når det gjelder spørsmålet om enkeltvedtak, deler departementet Justis- og beredskapsdepartementets vurdering av at godkjenning av private virksomheter som ønsker å levere i fritt behandlingsvalg og ev. avslag på slike søknader, er å anse som enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Av den grunn vil ikke departementet foreslå at forskriftshjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 skal regulere spørsmålet om klageadgang. Klage på eventuelle avslag på søknad om å delta i fritt behandlingsvalg, skal behandles etter forvaltningslovens regler. Departementet vil legge dette til grunn i forskrift om fritt behandlingsvalg. Departementet foreslår således ikke at det gjøres unntak fra forvaltningslovens regler.

## 9.5 Innfasing av fritt behandlingsvalg

### 9.5.1 Forslag i høringsnotatet

Det ble foreslått at fritt behandlingsvalg først skal fases inn for psykisk helsevern og tverrfaglig spe-

sialisert rusbehandling. Dette ble begrunnet med ønsket om å gi psykisk helse og rusbehandling prioritet. Samtidig innebærer det en oppstart av fritt behandlingsvalg på et avgrenset område, slik at man kan få erfaringer før ordningen utvides.

Videre ble det foreslått å innføre fritt behandlingsvalg innenfor enkelte fagområder innen somatikk. Dette for å høste erfaringer fra det somatiske området med tanke på videre innfasing. Det ble fremhevet at det kan bidra til å belyse effekt på ventetid, pasientenes bruk av fritt behandlingsvalg, prioritering, behandlingsresultater, konsekvenser for offentlige sykehus og respons i privat sektor. Det skal utredes nærmere hvilke områder innen somatikken som kan være aktuelle å inkludere i fritt behandlingsvalg fra oppstart av ordningen.

Det ble lagt til grunn at fritt behandlingsvalg i utgangspunktet bør innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange, uten at ventetiden er medisinsk begrunnet. Fritt behandlingsvalg skal være en dynamisk ordning, der innretning og omfang løpende vurderes, bl.a. i lys av utviklingen i befolkningens behov for helsetjenester. Departementet uttalte at det ville bli lagt opp til en gradvis og styrt innfasing på det somatiske området, og at man i forbindelse med forskriftsarbeidet vil utrede nærmere hvilke kriterier som er relevante å vektlegge i vurderingen av innfasing av spesifikke tjenester i ordningen. Helsedirektoratet, etter samråd med de regionale helseforetakene og i lys av konsultasjonen med hovedorganisasjonene, ble foreslått å ha et ansvar for å gi råd til departementet om rekkefølge og tempo på innfasing av nye tjenester.

Avslutningsvis ble det uttalt at helsemyndighetene på sikt også kan ha behov for å fase ut tjenester fra fritt behandlingsvalg. Det kan tenkes at utviklingen i befolkningens behov, knapphet på helsepersonell eller kapasiteten i helsetjenesten gjør at helsemyndighetene ønsker å trekke en gitt tjeneste ut av ordningen. Det ble understreket at hensynet til leverandørenes forutberegnelighet trekker i retning av at dette må varsles i god tid, og at departementet i forbindelse med forskriftsarbeidet vil utrede nærmere hvordan en slik utfasingsmekanisme kan rammes inn.

### 9.5.2 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser er skeptiske eller negative til at fritt behandlingsvalg skal innføres først for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For eksempel uttaler *Landsorganisasjonen i Norge (LO)* at:

«Derfor er det særlig problematisk når regjeringen vil starte innføringen innenfor rus og psykiatri. Dette er pasienter som ofte står i en særlig sårbar situasjon og som trenger et helhetlig og individuelt tilpasset behandlingsopplegg og som krever langsiktig oppfølging.»

Og *Kirkens Bymisjon*:

«Bymisjonen er usikre på om rus- og psykisk helsevern er et egnet område for å fase inn FBV. Vi deler regjeringens vurdering av at området bør være prioritert, men mener FBV ikke er et riktig valg for feltet i nåværende situasjon.»

Andre høringsinstanser er derimot positive til at fokus er på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Blant annet *Virke* uttaler at de er:

«positiv til at ordningen i første omgang skal omfatte TSB og psykiatri, men mener at rehabilitering også bør være med fra starten. Virke har forståelse for at ordningen må innføres etappevis, men mener det er naturlig å se rehabilitering i samme tidsløp som TSB og psykiatri. Når det gjelder andre somatiske behandlinger så er det viktig å huske at det er lange ventelister, særlig for diagnostisering og behandling av kreft, og lunge- og hjertepasienter. Vi ønsker derfor at dette området prioriteres øverst når neste trinn fases inn. For andre somatiske behandlinger er det naturlig at fritt behandlingsvalg fases inn over tid.»

Og *Likestillings- og diskrimineringsombudet*:

«LDO er positiv til at departementet foreslår en innfasing, og at man starter med spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det fremgår av høringsnotatet at disse pasientene har lang ventetid på spesialisttjenestene. I tillegg antar LDO at det i disse pasientgruppene vil være mange som på grunn av sin livssituasjon eller diagnose opplever å være i en avmaktssituasjon overfor helsetjenesten. Det tilsier at både de offentlige og private helsetjenestene må være ekstra påpasselige med å gi nødvendig informasjon og ivareta brukermedvirkningen når det gjelder disse pasientene. Dette kan være med på å sette en standard for tilpasset informasjon og reell brukerinnflytelse i arbeidet med pasientgruppene som fases inn senere.»

Og *Borgestadklinikken*:

«Vi berømmer Regjeringens påpekning om at de vil gi prioritet til tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og at de løfter fram at ordningen med fritt behandlingsvalg skal fases inn her først. Vi merker oss at poliklinisk behandling, akutt-tjenester og tvangsbehandling i mindre grad enn døgnbehandling er aktuelt å innlemme i fritt behandlingsvalg og støtter dette.»

Flere høringsinstanser mener at det er uheldig med ensidig satsning på døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For eksempel uttaler *Nasjonal kompetansetjeneste TSB (NK-TSB)* at:

«Fritt behandlingsvalg innebærer en ensidig satsning på døgnbehandling som vil kunne innebære økte liggetider og motvirke utbygging av polikliniske og ambulante behandlingstilbud i TSB og redusere fokuset på robuste pasientforløp i samhandling med kommunene.»

Noen av helseforetakene påpeker at behovet for nye private institusjoner innenfor disse områdene er begrenset. *Helse Midt-Norge RHF* uttaler at:

«Helse Midt-Norge RHF har en utstrakt bruk av private aktører innen rusbehandling, og har også det siste året utvidet avtalene med private rusinstitusjoner i tråd med eiers styringskrav.

Fra vårt ståsted i Midt-Norge er det derfor ikke behovet for enda mer offensiv bruk av private som er løsningen innenfor TSB. Svaret er ytterligere kvalitetsutvikling, mer lokalbaserte/desentraliserte tjenester og videreutvikling av dagens samarbeidsstrukturer mellom det offentlige og private.»

Når det gjelder innfasing av nye tjenester i fritt behandlingsvalg, ser høringsinstansene ut til å dele departementets vurdering av at det må foretas en grundig analyse før nye tjenester innføres. For eksempel uttaler *Helse Sør-Øst RHF* at:

«Det er avgjørende at det foretas en analyse av hvilke deler av fagområdene det er ønskelig å styrke og dermed innlemme i FBV ordningen. Det er pasientenes behov for behandling som må være utgangspunktet for vurderingen og ikke hvilke områder leverandørene ønsker å levere tjenester på.»

Noen høringsinstanser er av den oppfatning at somatikk bør være en større del av fritt behandlingsvalg allerede fra oppstartstidspunktet enn det departementet har foreslått. Blant annet uttaler *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)*:

«LHL mener det er hensiktsmessig med en gradvis innfasing av fritt behandlingsvalg, og at erfaringer brukes til å justere kursen. Det er viktig at også somatikk er en del av fritt behandlingsvalg fra oppstart av ordningen, og at ikke all fokus er på psykisk helsevern og rus. Høringsnotatet kan forstås slik at somatikken i oppstarten vil utgjøre en marginal del av fritt behandlingsvalg. LHL mener det må være en større balanse mellom psykisk helsevern/rus og somatikk enn slik det nå synes lagt opp til. Det er avgjørende at helheten i behovene ivaretas, og vil særlig understreke kronikernes behov og behovet for en sterkere rehabiliteringsinnsats i Norge.»

Og *Aleris*:

«Gradvis innfasing av somatikken i fritt behandlingsvalg støttes. Aleris håper også at man allerede i en tidlig fase ser på mulighetene for å inkludere områder innen noen av de virkelig store helseutfordringene, som diagnostikk innen kreft- og hjerte-/karsykdommer.»

### 9.5.3 Departementets vurderinger og forslag

#### 9.5.3.1 Innfasing av rusbehandling og psykisk helsevern

Regjeringens mål er at mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet skal kunne leve et verdig og mest mulig vanlig liv. Dette handler mye om å tilrettelegge på alminnelige arenaer som arbeidsliv, skole, barnehage, fritidssektorer med videre. Helsetjenesten skal være sammenhengende og helhetlig, lett tilgjengelig og tilpasset den enkeltes behov. Den må fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte og legge til rette for størst mulig grad av mestring av eget liv. Økt valgfrihet for den enkelte er ett av flere virkemidler som skal bidra til å nå dette målet.

Mange pasienter innenfor psykisk helsevern og rus står på venteliste for å få behandling. Innen psykisk helsevern for voksne ventet vel 7000 pasienter 2. tertial 2014 på oppstart av helsehjelp. For barn og unge var tilsvarende tall 2 155 og innen rusbehandling var det 1 731 som ventet. Gjennom-

snittlig ventetid på de tre områdene var henholdsvis 55, 56 og 59 dager.

Samtidig som pasienter venter, kan det finnes private aktører med ledig kapasitet som kan tilby behandling. Dette gjelder virksomheter som allerede har avtale, som har hatt avtale eller virksomheter utenfor dagens avtalesystem. Virksomheter i alle disse kategoriene kan tenkes å ville levere i fritt behandlingsvalg.

Innen psykisk helsevern gis institusjonstjenester i det alt vesentlige av offentlige institusjoner. Det er kun en liten andel av virksomhetene som er private og har avtale med et regionalt helseforetak. Selv om det er begrenset ledig kapasitet for døgntilbud hos private tilbydere innen psykisk helsevern i dag, vil innføring av fritt behandlingsvalg kunne medføre at flere tilbydere melder seg.

Døgntilbud tar om lag 80 prosent av de samlede ressursene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), mens poliklinikk og ambulant virksomhet tar om lag 20 prosent. Den dominerende andelen pasientene får imidlertid poliklinisk behandling. Det gjelder særlig innen psykisk helsevern for barn og unge. Det anslås at andelen akuttinnleggelser utgjør mellom 60 og 70 prosent av totalt antall innleggelser i psykisk helsevern, og en noe lavere andel i TSB. Andel tvangsinnleggelser ligger på rundt 20–25 prosent.

Flere av høringsinstansene er kritiske til at tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern foreslås innfasert først i fritt behandlingsvalg. Det uttales for eksempel av Legeforeningen at disse områdene er uegnet som første grupper ut. Disse høringsinstansene mener også at fritt behandlingsvalg egner seg best for avklarte tilstander.

Departementet vil påpeke at private allerede i dag står for om lag halvparten av antall døgntilbud innen TSB. De fleste av disse er ideelle aktører. Enkelte private spiller også en viktig rolle innen psykisk helsevern. De regionale helseforetakene har definert behandlingsbehovet og deretter anskaffet behandlingsplassene gjennom anbudskonkurranse. Forslaget om å begynne med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bygger således videre på de regionale helseforetakenes utstrakte bruk av private og en tverrpolitisk enighet gjennom flere stortingsperioder om å bruke private innen disse fagområdene. Det er departementets oppfatning at det er disse gruppene som har størst behov for å få styrket sine rettigheter raskt. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om å innfase fritt

behandlingsvalg for rus og psykisk helsevern først.

Et viktig hensyn ved vurdering av innretningen av forskriften om fritt behandlingsvalg, er i hvilken grad tjenestene kan avgrenses tilstrekkelig presist. I tillegg skal det ved innføring av nye tjenester i forskrift om fritt behandlingsvalg tas utgangspunkt i områder hvor det er markedspriser, typisk etter bruk av anbud. Det er mulig å avgrense og prise døgntilbud innen psykisk helsevern og rus ved å ta utgangspunkt i eksisterende avtaler mellom de regionale helseforetakene og private leverandører og prisene fastsatt i disse. Det er også ventetid til denne typen tilbud. En samlet vurdering av ventetid, kapasitet og mulighet for prisfastsettelse trekker i retning av at det først og fremst er døgnbehandling som er aktuelt å innfase i forskrift om fritt behandlingsvalg. Den konkrete innretningen vil imidlertid departementet komme tilbake til i høringen av forskriften.

Enkelte av høringsinstansene uttrykte bekymring for risikoen for dreining av aktiviteten mot døgnbehandling på bekostning av polikliniske tjenester. Departementet anser imidlertid at behovet for videreutvikling av privates rolle i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern, primært skal ivaretas innen avtalespesialistordningen, jf. forøvrig dialogprosess mellom departementet og Legeforeningen og Psykologforeningen om videreutvikling av avtalespesialistordningen. I tillegg til poliklinisk behandling ved de offentlige institusjonene, utgjør om lag 600 avtalespesialister (psykologer/psykiatere) en viktig del av det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern. Det er begrenset ledig poliklinisk kapasitet i privat sektor utover dette. Samtidig er det et viktig mål å bygge opp kapasiteten i kommunehelsetjenesten, jf. bl.a. øremerket tilskudd til ansettelse av kommunepsykologer i 2014- og 2015-budsjettene. Departementet legger i lys av dette ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå.

Departementet understreker at innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling innen psykisk helsevern og TSB ikke skal endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Samtidig må helsemyndighetene følge utviklingen i bruk av ordningen for å unngå at innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Dette kan for eksempel være relatert til uønsket vridning av aktiviteten innen psykisk helsevern og TSB fra dag- til døgnbehandling, fra primær- til spesialisthelsetjeneste, endringer i fastlegenes henvisningspraksis og til eventuelle rekrutte-

ringsutfordringer for sykehus og kommuner. Følgerevalueringen av fritt behandlingsvalg vil være viktig for å belyse hvordan innføring av fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og TSB påvirker målene for helsepolitikken innen disse områdene.

Fritt behandlingsvalg kan gi pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bedre tilgang på nødvendige helse-tjenester. Samtidig er fritt behandlingsvalg kun ett av flere tiltak som regjeringen gjennomfører for å styrke innsatsen innen psykisk helsevern og TSB. Andre sentrale tiltak er bl.a. gjeninnføring av den gyldne regel, nye anskaffelser i 2014 innen TSB og psykisk helsevern, en planlagt opptrappingsplan for rusfeltet i 2015 og øremerkede tilskudd til tilsetting av psykologer i kommunene, jf. nærmere omtale av disse tiltakene i statsbudsjettet for 2015.

#### 9.5.3.2 *Generelt om innfasing og utfasing av tjenester i fritt behandlingsvalg*

Det er intensjonen at fritt behandlingsvalg skal være en dynamisk ordning, der innretning og omfang kan vurderes jevnlig, bl.a. i lys av utviklingen i befolkningens behov for helsetjenester. Departementet vil derfor legge opp til en gradvis og styrt innfasing på det somatiske området. I utgangspunktet bør fritt behandlingsvalg innrettes mot grupper der ventetidene er lange. I tillegg vil blant annet vurderinger av hvilke tjenester det er mulig å avgrense og prise, hvilke konsekvenser innføring av fritt behandlingsvalg for en spesifikk tjeneste kan få for målet om likeverdig tilgang og den offentlige helsetjenestens mulighet til å rekruttere og beholde nøkkelpersonell, kunne være relevante forhold i vurderingen av i hvilken rekkefølge og i hvilket tempo tjenester bør innfases.

I forbindelse med forskriftsarbeidet vil departementet utrede nærmere hvilke kriterier som er relevante å vektlegge i vurderingen av innfasing av spesifikke tjenester i forskrift om fritt behandlingsvalg. Det vil være naturlig at Helsedirektoratet, etter samråd med de regionale helseforetakene, får et ansvar for å gi råd til departementet om rekkefølge og tempo på innfasing av nye tjenester. Det vil også være naturlig å bruke konsultasjonsmekanismen i dette arbeidet. Mer om denne under punkt 9.6.3.

Det kan også på sikt være behov for å fase ut tjenester fra forskrift om fritt behandlingsvalg. Det kan tenkes at utviklingen i befolkningens behov, knapphet på helsepersonell eller i kapasite-

ten i helsetjenesten gjør at helsemyndighetene ønsker å trekke en gitt tjeneste ut av ordningen. Hensynet til leverandørenes forutberegnelighet trekker i så fall i retning av at dette må varsles i god tid. Departementet vil i forbindelse med forskriftsarbeidet utrede nærmere hvordan en slik utfasingsmekanisme bør fungere.

## 9.6 Konsultasjonsmekanisme

### 9.6.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det understreket at innfasingen av ordningen fritt behandlingsvalg bør skje i et samspill med private aktører, blant annet for å kartlegge områder med ledig kapasitet. Det ble derfor foreslått å etablere en konsultasjonsmekanisme mellom Helsedirektoratet og hovedorganisasjonene som organiserer fritt behandlingsvalgleverandørene, det vil si NHO Service, Spekter og Virke.

### 9.6.2 Høringsinstansenes syn

De høringsinstansene som uttaler seg om forslaget til en konsultasjonsmekanisme er positive til forslaget. Blant annet uttaler *Virke* at de:

«støtter forslaget om konsultasjonsordning med hovedorganisasjonene for å kartlegge ledig kapasitet og i andre spørsmål knyttet til forvaltningen av ordningen. Det er imidlertid viktig med en nærmere dialog om hovedorganisasjonenes rolle. De kan på ingen måte erstatte statlig ansvar for helsetjenester. De kan heller ikke forventes å drive et forvaltningsregime som i utgangspunktet er et statlig ansvar.»

Og *Blå Kors*:

«Vi ser at forslaget om fritt behandlingsvalg reiser mange spørsmål, dilemma og utfordringer som må løses. Vi hilser derfor velkommen en dialog om dette, det som i høringsnotatet benevnes som en konsultasjonsmekanisme mellom Helsedirektoratet, NHO Service, Spekter og Virke. Slik vi ser det bør det videre gjøres en konsekvensanalyse for å belyse hvordan ordningen med fritt behandlingsvalg kan påvirke helsepolitiske mål, intensjonene med ordningen og ønsket måloppnåelse. Det bør videre bestemmes når ordningen skal evalueres og vi anbefaler at dette gjøres av en forskningsinstitusjon.»

### 9.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Innfasingen av fritt behandlingsvalg bør skje i et samspill med private aktører, blant annet for å kartlegge områder med ledig kapasitet. Høringsinstanser som *Virke* og *Blå Kors* er positive til forslaget i høringsnotatet om å etablere en konsultasjonsmekanisme.

Det er viktig at det etableres en god dialog mellom forvalteren av ordningen og privat sektor i ulike spørsmål knyttet til forvaltningen av fritt behandlingsvalgordningen, herunder knyttet til rapporterings- og oppgjørsløsninger, synspunkter på tjenester som kan være aktuelle for fritt behandlingsvalg og informasjon til pasienter og fastleger. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om å etablere en konsultasjonsmekanisme mellom godkjenningmyndigheten og hovedorganisasjonene som organiserer fritt behandlingsvalgleverandørene, det vil si NHO Service, Spekter og *Virke*.

Det legges opp til en styrt prisdannelse i fritt behandlingsvalg som skal bidra til at statens utgifter ikke øker sammenlignet med økt bruk av anbud, og som bidrar til legitimitet til ordningen. Departementet vil derfor ikke legge opp til at prisnivå skal være en del av konsultasjonsmekanismen.

## 9.7 Oppsummering

Departementet foreslår en forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven for å etablere en nasjonal ordning som gir private virksomheter mulighet til å levere tjenester til en pris fastsatt av staten, uten at det er krav om avtale med et regionalt helseforetak. Hovedtrekkene i denne ordningen vil være:

- Private leverandører må søke om å få levere tjenester i fritt behandlingsvalg. I utgangspunktet kan alle private leverandører søke om å få delta.
- Det stilles krav til de som ønsker å levere i ordningen. Disse kravene skal i utgangspunktet være de samme kravene som stilles til private leverandører som har avtale med et regionalt helseforetak.
- Helsedirektoratet eller det organ de utpeker, skal forvalte ordningen, herunder vurdere søknader fra private leverandører.
- Ordningen skal være dynamisk i den forstand at tjenester skal kunne fases inn og ut av ordningen ut i fra en totalvurdering hvor blant annet behovet for helsetjenester og ventetider er sentrale hensyn.

- Når private leverandører er godkjent kan de levere tjenester som er omfattet av ordningen til pasienter til den prisen som er fastsatt av staten.
- Forslaget til forskrift, med nærmere vurdering av de kravene som skal stilles til leverandørene, vil bli sendt på egen høring etter at forslagene i denne proposisjonen er behandlet av Stortinget, forutsatt at lovforslagene får tilslutning.

## 10 Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet

### 10.1 Forholdet til EØS-regelverket

Fritt behandlingsvalg innebærer at alle leverandører som oppfyller ordningens vilkår kan yte nærmere bestemte spesialisthelsetjenester og motta betaling etter faste satser for de pasientene som velger å oppsøke tilbudet. Ved slike tjenestekonsepsjonskontrakter gjelder ikke reglene for offentlige anskaffelser, jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 1-3 andre ledd bokstav j. I følge premiss 13 til Europaparlaments- og rådsdirektiv 2014/23/EU av 26. februar 2014 om tildeling av konsesjonskontrakter (er ennå ikke gjennomført i norsk rett) gjelder heller ikke dette direktivet for ordninger som fritt behandlingsvalg. Det skyldes at en offentlig innkjøper ikke skal velge blant potensielle leverandører i fritt behandlingsvalg. Se omtale i NOU 2014: 4 kapittel 27.4.5.5.

Ved den typen brukervalgsordninger som fritt behandlingsvalg representerer vil kun EØS-avtalens grunnleggende prinsipper gjelde, som krav om likebehandling, ikke-diskriminering og gjennomsiktighet. Dette ivaretas blant annet ved at ordningen for fritt behandlingsvalg forutsetter en form for offentliggjøring av at en rett til å yte spesialisthelsetjenester skal tildeles, slik at potensielle leverandører kan melde sin interesse.

Reglene om offentlig støtte vil kun være aktuelle for offentlig eide sykehus i den grad disse er «foretak» som driver økonomisk aktivitet. Vilkåret følger av EØS-avtalen artikkel 61, og er gitt innhold i EU-domstolens praksis. Det avgjørende er i utgangspunktet om sykehusene tilbyr tjenester på et marked.

Departementet viser til «Meddelelse fra kommissionen om anvendelsen af Den Europæiske Unions statsstøtteregler på kompensasjon for levering af tjenesteydelser af almindelig økonomisk interesse 2012/C 8/02» hvor følgende uttales om helsetjenester:

«I nogle medlemsstater er offentlige hospitaler et led i den nationale sundhedstjeneste og næsten udelukkende baseret på princippet om solidaritet. Sådanne hospitaler finansieres direkte gjennom sociale bidrag og andre statslige

bidrag og leverer tjenester gratis til deres medlemmer på grundlag af en universel dækning. Domstolen og Retten har fastslået, at når der findes en sådan struktur, handler de relevante organer ikke som virksomheder».

I Norge yter den offentlig eide spesialisthelsetjenesten tilnærmet gratis helsetjenester til befolkningen basert på universelle rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det er staten som finansierer helsehjelpen. Departementet legger derfor til grunn at den offentlige spesialisthelsetjenesten ikke driver økonomisk aktivitet som omfattes av reglene om offentlig støtte når den yter spesialisthelsetjenester til befolkningen. Forslaget om fritt behandlingsvalg endrer etter departementets oppfatning ikke premissene for denne vurderingen.

### 10.2 Pasientrettighetsdirektivet

Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (pasientrettighetsdirektivet) er en klargjøring og regelfesting av pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp som følger av EU-domstolens rettspraksis.

Det foreligger to viktige begrensninger i retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet. For det første er det kun helsehjelp som pasienten ville ha fått bekostet av trygdlandet (det landet som pasienten er trygdet evt. forsikret i) som det kan kreves refusjon for. Videre er trygdlandet kun forpliktet til å dekke det samme beløp som helsehjelpen ville ha kostet dersom helsehjelpen ble mottatt i trygdlandet. Retten til refusjon etter direktivet innebærer at pasienten i utgangspunktet fritt kan reise til andre EU/EØS-land, motta helsehjelpen der og så i etterkant kreve refusjon i de tilfellene pasienten har rett til tilsvarende helsehjelp i trygdlandet. Det følger av pasientrettighetsdirektivet at det på visse vilkår er adgang til å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling.

Det fremgår at direktivet ikke skal gripe inn i hvordan helsetjenesten er organisert og finansiert i det enkelte land. Det er opp til det enkelte medlemsland å bestemme hvilke helsetjenester som skal finansieres. Direktivet gjelder kun for grenseoverskridende helsehjelp.

I tillegg inneholder direktivet bestemmelser som skal sikre pasientene helsehjelp av god kvalitet, nødvendig informasjon og legge til rette for samarbeid mellom landene. Pasientrettighetsdirektivet ble innlemmet i EØS-avtalen 9. juli 2014. Norge tok ved innlemmelsen forbehold om Stortingets samtykke.

Regjeringen fremmet den 12. september 2014 Prop. 135 S (2013–2014) Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene for Stortinget. På bakgrunn av Prop. 135 S (2013–2014), har Stortinget samtykket til innlemmelse av pasientrettighetsdirektivet i EØS-avtalen.

De fleste krav som følger av pasientrettighetsdirektivet er allerede oppfylt i Norge. I forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (forskrift om stønad til helsetjenester i EØS) har departementet etablert en refusjonsordning for utgifter til helsehjelp. Unntatt fra refusjonsordningen er utgifter til helsehjelp som innebærer innleggelse minst én natt eller som forutsetter bruk av særlig høyt spesialisert og kostnadskrevenne infrastruktur eller medisinsk utstyr (sykehusbehandling). Pasientrettighetsdirektivet gir pasienter på enkelte vilkår rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Departementet vurderte i Prop. 118 L (2012–2013) at pasientrettighetsdirektivets bestemmelser om pasienters rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling ikke var tilstrekkelig ivarettatt med de andre ordningene vi har for utenlandsbehandling etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde (fristbruddsordningen) og femte ledd (rett til å reise ut ved manglende kompetanse). Det ble derfor foreslått at adgangen til refusjon i

forskrift om stønad til helsetjenester i EØS skulle utvides til også å omfatte utgifter til slik behandling. Det ble videre foreslått en hjemmel i folketrygdloven § 5-24a til å stille vilkår om forhåndsgodkjenning. Stortinget sluttet seg til forslagene. Departementet vedtok den 17. desember 2014 endringer i nevnte forskrift som utvider dagens refusjonsordning til også å omfatte sykehusbehandling. Forskriftsendringene trer i kraft 1. mars 2015. Det stilles i forskriften ikke krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Et krav om forhåndsgodkjenning innebærer en begrensning i pasienters valgfrihet og vil være ressurskrevende å administrere. Erfaringstall fra Sverige viser at det kun er et begrenset antall pasienter som velger å reise ut. Dersom det oppstår store pasientstrømmer til andre EØS-land som fører til at det blir vanskelig å opprettholde et godt helsetilbud i Norge eller som fører til dårlig utnyttelse av økonomiske, tekniske eller menneskelige ressurser på enkelte områder, vil departementet vurdere behovet for å innføre forhåndsgodkjenning.

Pasienter som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven vil videre kunne søke om forhåndstilsagn. Forhåndstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til slik helsehjelp som pasienten ønsker å motta i et annet EØS-land og det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt.

Retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet gir i likhet med fritt behandlingsvalg pasienten økte muligheter til å velge tjenesteyter, men ordningene er innrettet på ulike måter. Pasientrettighetsdirektivet gir rett til refusjon av utgifter til helsehjelp generelt og er ikke begrenset til spesialisthelsetjenester slik som fritt behandlingsvalg.

Fritt behandlingsvalg omfatter alle private aktører etablert i Norge som oppfyller visse vilkår og som kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Pasientrettighetsdirektivet er begrenset til helsehjelp som mottas i andre EØS-land enn trygdlandet.



## 11 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

### 11.1 Forvaltning

---

Ordningen fritt behandlingsvalg må forvaltes. Sentrale oppgaver i forvaltningen er godkjenning og oppfølging av leverandører, informasjon til pasienter, fastleger og leverandører, fastsetting av priser, mottak av aktivitetsdata, økonomiske oppgjør og klagebehandling.

Helsedirektoratet har allerede i dag et ansvar for å forvalte flere ulike finansieringsordninger, fristbruddordningen og refusjonsordningen for helsetjenester i andre EØS-land. Mottak av data og økonomisk oppgjør kan dermed integreres med etablerte systemer. Det vil i tillegg være kostnader knyttet til godkjenning og oppfølging av leverandører, fastsetting av priser og klagebehandling mv.

Det forutsettes at leverandørene rapporterer i henhold til et felles meldingsregime, dvs. at refusjonskrav sendes til HELFO og aktivitet rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Det legges til grunn at virksomhetene skal ha de samme rapporteringskravene som øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at det også må rapporteres på kvalitet. Leverandørene må kunne rapportere elektronisk og selv påkoste funksjonalitet for å kunne innfri tekniske krav.

### 11.2 Informasjon til pasienter og helsepersonell

---

Det er viktig at pasienter og helsepersonell får god og brukervennlig informasjon om ordningen fritt behandlingsvalg. Pasienter og helsepersonell vil ha behov for den samme informasjonen om tilbud og ventetider som i dagens fritt sykehusvalg, selv om ordningen blir hetende «fritt behandlingsvalg». Dette systemet omfatter en nettside med informasjon om hvilke tjenester som er omfattet av fritt behandlingsvalg og forventet ventetid. Systemet vil også omfatte en pasientrådgivertjeneste per telefon. Det er et mål at nettjenesten bidrar til at pasienter benytter denne i stedet for telefontjenesten. Dagens telefontjeneste har 30 000 til 35 000 innringere per år.

Løsningene for informasjon til pasienter og helsepersonell som vil benytte fritt behandlingsvalg, herunder telefon- og nettbaserte tjenester, skal altså integreres med systemet for dagens fritt sykehusvalg. Det er også aktuelt å samordne disse løsningene med løsningene for informasjon om behandling i utlandet etter pasientrettighetsdirektivet, samt fristbrudd. Kapasitetsbehovet vil være avhengig av antall henvendelser.

Det arbeides med å integrere nettsiden fritt-sykehusvalg.no i helsenorger.no. Her bygges det en tjeneste som skal være mer brukervennlig og som skal knytte oversikt over tilbud og ventetider tettere sammen med informasjon om kvalitet og behandlinger. Det tas sikte på at den nye nettsiden vil være etablert innen ordningen med fritt behandlingsvalg iverksettes. På lengre sikt er målet å integrere informasjon om tilbud og ventetider med kvalitetsindikatorer, samling av ulike valgmuligheter (avtalespesialister, Raskere tilbake, utenlandsbehandling, fristbrudd) og annen informasjon. På enda lenger sikt er målet en selvbetjeningsløsning.

### 11.3 IKT-tilpasninger

---

IKT er en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten. IKT skal understøtte pasientbehandlingen og muliggjøre samhandling og informasjonsutveksling både mellom tjenestenivåene og mellom tjenesten og pasienten. Pasientene beveger seg mellom ulike aktører i helsetjenesten, bl.a. fastlege, røntgeninstitutt, poliklinikk på offentlig sykehus og private leverandører med avtale. IKT-systemene skal sikre at informasjonen følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Per i dag er helsesektoren imidlertid preget av mange systemer som i ulik grad kan kommunisere med hverandre. Informasjon mellom ulike aktører sendes derfor i dag dels elektronisk og dels manuelt.

Utfordringsbildet for IKT i helsetjenesten ble beskrevet i Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – En journal*. Som oppfølging av stortingsmeldingen foregår det et langsiktig arbeid for å sikre mer enhetlige og integrerte IKT-systemer. Ny pasient-

journallov ble vedtatt i 2014. Loven vil gi mulighet til å utvikle moderne løsninger for å dele helseopplysninger mellom helsepersonell som har tjenstlig behov for opplysningene samtidig som pasientenes kontroll over opplysningene ivaretas. I oppfølgingen av stortingsmeldingen gjennomfører Helsedirektoratet utredning av fremtidens helseinformasjonssystem. Forslag til konsept skal leveres siste halvdel av 2015. Det utvikles i tillegg en rekke nye tjenester på helsenorge-portalen som nye selvbetjeningsløsninger og muligheter for digital dialog mellom helsetjenesten og innbyggerne.

På samme måte som ordningen fritt sykehusvalg vil ordningen fritt behandlingsvalg innebære håndtering og utveksling av helseopplysninger og vurdering av rettigheter. Som for fritt sykehusvalg vil det i tillegg være behov for IKT-løsninger som understøtter god og brukervennlig informasjon til pasienter og helsepersonell. På kort sikt vil ordningen måtte ta utgangspunkt i den samme type, til dels manuelle rutiner for informasjonsutveksling mellom aktører som gjelder ved bruk av dagens fritt sykehusvalg. Dette innebærer bl.a. at rettighetsvurderingen vil bli sendt pasienten på papir. På sikt skal Min Helse på helsenorge.no videreutvikles for å vise persontilpasset informasjon i form av for eksempel rettighetsvurdering i fritt behandlingsvalg.

#### 11.4 Evaluering av ordningen

Departementet legger opp til å etablere en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg i regi av Forskningsrådet. Evalueringen skal belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen – reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Evalueringen skal i tillegg vurdere effekten på andre sentrale helsepolitiske mål som likeverdig tilgang, prioritering i tråd med prioriteringsforskriften og -veiledere, kostnadskontroll, pasientsikkerhet og kvalitet, de offentlige sykehusenes evne til å ivareta sine grunnleggende roller (akuttberedskap, forskning, utdanning og pasientopplæring) og administrativ byrde. Evalueringen av fritt behandlingsvalg, herunder evaluering av erfaring med å inkludere utredning i ordningen, skal legges opp slik at den muliggjør læring og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av fritt behandlingsvalg. Det er behov for ulike typer prosjekter som både kan gi en prosess- og resultatorientert evaluering.

#### 11.5 Budsjettmessige konsekvenser

I 2014 er det bevilget til sammen 17 mill. kroner til forberedelser av forvaltning av fritt behandlingsvalg og vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. I 2015 er det bevilget 20 mill. kroner til forvaltning og IKT. Bevilgningen i 2015 vil også komme andre ordninger til gode. Det skal etableres en ny felles informasjonsløsning for flere pasient- og brukerrettigheter i tillegg til fritt behandlingsvalg.

De budsjettmessige konsekvensene knyttet til pasientbehandlingen av fritt behandlingsvalgformen vil i sum avhenge både av hvor mange pasienter som velger å benytte fritt behandlingsvalg og av offentlige sykehus sin evne til å øke aktiviteten utover budsjettet aktivitetsvekst. Den største kostnaden vil trolig komme som følge av økt aktivitet i den offentlige styrte spesialisthelsetjenesten. De bevilgningsmessige konsekvensene vil regjeringen komme tilbake til i de årlige budsjettene.

I 2015-budsjettet er det bevilget 150 mill. kroner til økt pasientbehandling knyttet til bruken av rett til fritt behandlingsvalg. Det er knyttet usikkerhet til anslagene for 2015 og departementet vil komme tilbake til Stortinget i revidert budsjett 2015 med en nærmere vurdering av beløpene i lys av det videre utredningsarbeidet og eksakt tidspunkt for iverksetting.

#### 11.6 Effekt på ventetider

Fritt behandlingsvalgreformene vil kunne øke kostnadseffektiviteten i helsesektoren og gi økt aktivitet og reduserte ventetider. For det første kan reformen, både gjennom pasientenes bruk av rett til fritt behandlingsvalg og økt bruk av anbud, bidra til at vekst i aktivitet kanaliseres mot private leverandører som er minst like kostnadseffektive som de offentlige sykehusene. For aktiviteten som utløses av bruken av rett til fritt behandlingsvalg forutsetter dette at prisen settes i samsvar med prinsipper for prisfastsettelsen i kapittel 9 under punkt 9.2.3. For det andre kan fritt behandlingsvalg, som følge av økt konkurranse, stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Siden det store volumet av pasientbehandling uansett vil finne sted i de offentlige sykehusene også framover, er denne mekanismen viktig for effekten på samlet kostnadseffektivitet i helsesektoren.

Innføring av rett til fritt behandlingsvalg kan også utløse mekanismer som isolert sett kan

dempe den positive effekten på ventetidene. Ordningen kan bidra til at pasienter og fastleger opplever at den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten blir mer tilgjengelig enn tidligere. Etterspørselen etter helsetjenester er til en viss grad avhengig av tilbudet av helsetjenester. Dette kan øke antall henvisninger fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan pasienter som i dag betaler for behandling hos private, enten fra egen lomme eller gjennom privat helseforsikring, i stedet velge å oppsøke den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Til en viss grad vil en slik eventuell økning i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten være ønskelig ut fra målet om en universell helsetjeneste som er offentlige finansiert. Det er uheldig hvis pasienter, som ville ha fått tildelt en rett til helsehjelp i det offentlige systemet, i utgangspunktet velger seg vekk fra den offentlige finansierte helsetjenesten fordi denne oppleves som for lite tilgjengelig.

Et generelt funn i den helseøkonomiske faglitteraturen<sup>3</sup> er at risikoen for såkalt tilbyderindusert etterspørsel øker i et rent aktivitetsbasert system, dvs. at legen initierer unødvendig behand-

ling. Innføring av fritt behandlingsvalg skal imidlertid ikke endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Dette vil dempe risikoen for overbehandling. Utfordringen knyttet til tilbyderindusert etterspørsel er i tillegg ikke spesifikk for fritt behandlingsvalg, men vil også gjelde for aktiviteten hos private med avtale og i noen grad aktivitet som er omfattet av ISF. Pasientbehandlingen som utløses av bruken av rett til fritt behandlingsvalg må derfor omfattes av de samme strategiene for å redusere risikoen for overbehandling som gjelder for annen pasientbehandling. Generelt vil arbeidet med å utvikle faglige retningslinjer og gode prioriteringsverktøy være viktig for å redusere risikoen for overbehandling. God informasjon til pasientene og samme krav til kvalitet og rapportering til leverandører i fritt behandlingsvalg som til offentlige sykehus og private sykehus med avtale, vil også være viktig for å redusere risikoen for overbehandling.

---

<sup>3</sup> Jf. for eksempel Phelps, Charles E. (2003), *Health Economics* (3rd ed.), Boston: Addison Wesley.

## 12 Merknader til de enkelte bestemmelsene

### **Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)**

#### *Til § 4-3 Fritt behandlingsvalg*

Det fremgår av *første ledd første setning* at private virksomheter kan yte helsehjelp til pasienter som har rett nødvendig spesialisthelsetjeneste for en pris fastsatt i forskrift etter andre ledd. For at virksomheten skal kunne levere tjenester til pasienter er det dermed et krav om at staten har prissatt den tjenesten som pasienten har behov for. Det er det grunnleggende kravet i ordningen.

I *første ledd andre setning* fremgår det videre at det er et vilkår at virksomheten er godkjent av Helsedirektoratet, eller den de utpeker, etter vilkår fastsatt med hjemmel i forskrift etter andre ledd. Det er dermed ikke et krav om at virksomheten skal ha en avtale med et regionalt helseforetak for at virksomheten skal kunne tilby sine tjenester til pasienter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Formålet er å utvide pasientens valgmuligheter, jf. rett til fritt behandlingsvalg i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Prisen for tjenester som kan ytes til pasientene fastsettes av staten. Prisene gjelder for alle private virksomheter som deltar i ordningen, og kan ikke forhandles verken før eller etter behandling, for eksempel som følge av komplikasjoner i behandlingen. Videre er det ikke adgang til å levere helsehjelp til pasienter for tjenester som ikke er prissatt, for deretter å kreve betaling av det offentlige. Dersom helsehjelp gis for tjenester som ikke er prissatt i ordningen, skal pasienten eksplisitt opplyses i forkant av behandlingen om at det offentlige ikke dekker kostnadene. Departementet kan fase inn og ut tjenester som prissettes i ordningen, jf. andre ledd. Det er virksomheten som yter helsehjelp til pasienten som er ansvarlig for å informere pasienten om helsehjelpen dekkes av det offentlige eller ikke.

I *andre ledd* fremgår det at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om tildeling og bortfall av godkjenning av private virksomheter som ønsker å levere innenfor ordningen. For

eksempel vil det kunne stilles krav om rapportering, registrering mv. Utgangspunktet for kravene som kan stilles er at det skal være de samme kravene som private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak må oppfylle. Det må foreligge særlige hensyn dersom dette utgangspunktet skal fravikes.

I utgangspunktet kan alle private virksomheter søke om å få godkjenning til å levere tjenester til de priser som fastsettes av staten. Virksomheter som ønsker å delta i ordningen må oppfylle de vilkårene som staten setter. Dersom vilkårene ikke oppfylles kan godkjenning nektes eller trekkes tilbake. På samme måte som for pris, vil det ikke være anledning til å forhandle om vilkårene for å delta i ordningen, verken før eller etter at godkjenning er gitt. Det kan være aktuelt å gi godkjenningen til den enkelte leverandør en tidsbegrensning, for eksempel 5 år.

I forskrift kan det videre fastsettes nærmere bestemmelser om forvaltning av ordningen, herunder regler om innfasing og utfasing av tjenester. Blant annet kan det fastsettes bestemmelser om priser, oppfølging av godkjente leverandører, økonomisk oppgjør m.m.

Det er en målsetting at dette skal være en dynamisk ordning, der innretning og omfang løpende vurderes, bl.a. i lys av utviklingen i befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. I utgangspunktet vil det tas sikte på å prise tjenester inn mot grupper der ventetidene er lange. I tillegg vil blant annet vurderinger av hvilke tjenester det er mulig å avgrense og prise, hvilke konsekvenser innføring av nye tjenester vil ha for målet om likeverdig tilgang og den offentlige helsetjenestens mulighet til å rekruttere og beholde nøkkelpersonell, kunne være relevante momenter i vurdering av om nye tjenester skal inn i ordningen.

Det kan også på sikt være behov for å fase ut tjenester av forskriften. For eksempel kan utviklingen i befolkningens behov, knapphet på helsepersonell eller i kapasiteten i helsetjenesten tilsa at det er behov for å trekke ut en tjeneste som er en del av forskriften.

## Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

### *Til § 2-1 b Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*

I *åttende ledd* gis de regionale helseforetakene myndighet til å bestemme hvilke private virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til spesialisthelsetjeneste og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd. Retten til å delegere gjelder kun innenfor det området det er inngått avtale om. Det innebærer at dersom en virksomhet leverer et bredt spekter av spesialisthelsetjenester, men kun har avtale om å levere tjenester på et begrenset område, kan delegasjonen til å tildele pasient- og brukerrettigheter kun gjelde den delen avtalen omhandler. Dersom avtalen for eksempel gjelder kneoperasjoner, vil den private virksomheten kun ha kompetanse til å rettighetsvurdere pasienter som er aktuelle for slik behandling.

Dersom private virksomheter som har fått delegert kompetanse til å rettighetsvurdere mottar henvisninger som tilsier at pasienten har behov for andre tjenester enn det den private etter avtalen kan levere, skal pasienten viderehenvises til det offentlige eller annen privat virksomhet som har kompetanse til å rettighetstildele på feltet.

Det er det regionale helseforetaket som har avtale med den private virksomheten som avgjør hvorvidt kompetanse til å rettighetstildele skal delegeres eller ikke. Det vil være naturlig å avgjøre dette ut fra en totalvurdering av for eksempel behovet i regionen, kompetansen til og kapasiteten i den private virksomheten og hensynet til effektiv ressursutnyttelse. Det regionale helseforetaket kan stille vilkår i forbindelse med delegasjon av vurderingskompetanse. Videre kan det regionale helseforetaket på ethvert tidspunkt trekke tilbake en slik delegasjon.

Det fremgår av *niende ledd* at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om hvilke virksomheter som skal kunne tildele pasienter rett til spesialisthelsetjeneste og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd. Hjemmelen gir departementet den samme kompetansen til å delegere vurderingskompetanse som er tillagt de regionale helseforetakene etter *åttende ledd*.

Et aktuelt område å bruke hjemmelen på er overfor avtalespesialister. Disse kan i dag ikke tildele pasient- og brukerrettigheter. Det er aktuelt med et forsøksprosjekt for å se om alle avtalespesialister skal tildeles kompetanse til å rettighetsvurdere. Både for å muliggjøre et slikt prosjekt og

for eventuelt å gi alle avtalespesialister denne kompetansen hvis forsøksprosjektet tilsier dette, er det nødvendig at departementet har denne hjemmelen.

### *Til § 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg*

Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. Et grunnleggende vilkår for valgretten er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som pasienten har behov for. Informasjon om hvilke virksomheter pasienten kan velge når, vil fremgå på nettsiden [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder i forbindelse med planlagt undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienten kan bruke retten på de forskjellige trinnene i helsehjelpen. Vurderingen av pasientens helsetilstand kan skje ved en virksomhet, og behandlingen ved en annen. Pasienten kan også velge ulike behandlingssteder i et helseforetak. Hvis et helseforetak består av flere geografisk atskilte behandlingssteder/sykehus, kan pasienten velge behandlingssted innenfor helseforetaket.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner har pasienten ikke rett til å velge. Når øyeblikkelig hjelp-situasjonen er opphørt, har imidlertid pasienten rett til fritt behandlingsvalg på vanlig måte.

Utgangspunktet og hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted. Det er ett unntak fra dette utgangspunktet. De regionale helseforetakene har plikt til å sørge for et tilbud til innbyggerne i egen helseregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Hvis et helseforetak må prioritere rettighetspasienter fra egen helseregion for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar, kan helseforetaket nedprioritere og/eller avvise pasienter fra andre helseregioner. For å benytte denne unntaksregelen må helseforetaket sannsynliggjøre at det ved å motta den aktuelle pasienten vil stå i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte behandling innen fristen til rettighetspasienter fra egen region.

I *første ledd* gis pasienter rett til å velge til hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes og vurderes. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nød-

vendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefaglig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har kompetanse til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. Alle offentlige virksomheter har i utgangspunktet denne kompetansen. For private virksomheter må kompetansen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende og niende ledd. Dersom en privat virksomhet som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, ikke har vurderingskompetanse, kan pasienten først velge en slik virksomhet *etter* at pasienten er rettighetsvurdert, jf. andre ledd.

Det er ett unntak fra hovedregelen om at virksomheten som velges må ha vurderingskompetanse. For private radiologiske virksomheter vil det ikke være aktuelt å vurdere pasientens behov for spesialisthelsetjeneste og gi individuell juridisk frist. Disse virksomhetene gir svar på prøver, bildediagnostikk osv. som skal brukes for å vurdere videre forløp. Slike virksomheter kan derfor velges på ethvert tidspunkt i forløpet dersom pasienten har en henvisning til radiologiske tjenester. Det er imidlertid et krav om at den private radiologiske virksomheten har en avtale med et regionalt helseforetak. Private radiologiske virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak kan ikke velges dersom pasienten ikke ønsker å betale full pris for tjenesten.

I *andre ledd* gis pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, har pasienten dermed rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet, jf. første ledd. Når pasienten er

vurdert til å ha rett til rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten altså velge å motta helsehjelpen ved private virksomheter som ikke har vurderingskompetanse. Vilket for å velge disse er at virksomheten enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

I *tredje ledd* fastslås det at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2. Det avgjørende for vurderingen er ikke hvor i spesialisthelsetjenesten tilbudet er plassert, men hvilken funksjon det ivaretar. Dette er en videreføring av gjeldende rett.

I *fjerde ledd* gis det kriterier for å nekte pasienter under tvungen psykisk helsevern rett til valg av fritt behandlingssted etter første og andre ledd. Retten gjelder tilsvarende unntatt i tilfeller hvor dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Eksempler på slike tilfeller vil være hvor pasienten med stor sannsynlighet vil bli sykere av en flytting eller hvor pasientens tilstand tilsier et særskilt sikkerhetsnivå som ikke kan tilbys på den institusjon pasienten henvender seg til. Pasienten selv skal i utgangspunktet ikke behøve å grunnngi sitt valg. Dette er en videreføring av gjeldende rett.

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder heller ikke når en rusmiddelavhengig tilbakeholdes i institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 eller 10-3, hvis det vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket, jf. *andre setning*. Samme begrensning gjelder for valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jf. *tredje setning*. Dette er en videreføring av gjeldende rett.

I *femte ledd* unntas private rehabiliteringsinstitusjoner fra valgretten etter første og andre ledd. Det vises til de generelle merknadene under punkt 8.7.3, hvor det uttales at det tas sikte på å oppheve dette unntaket. Rehabilitering i offentlige virksomheter er omfattet av valgretten etter første og andre ledd.

*Sjette ledd* er i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Det vises til Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) s. 62. Avtaler er ikke omtalt i første ledd, og det kan derfor ikke gis bestemmelser i forskrift om slike avtaler. Forskriftshjemmelen endres derfor til ikke å omfatte dette.

*Til § 2-6 Rett til syketransport*

*Første ledd* er i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Endringen ligger i at fritt behandlingsvalg innebærer en ny måte å finansiere spesialisthelsetjenesten på, og ordlyden må dermed endres for å dekke dette.

*Femte ledd* er en videreføring av gjeldende rett. Endringen ligger i at «fritt sykehusvalg» endres til «fritt behandlingsvalg» i bestemmelsen som følge av endringen i overskriften på pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg).

---

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)

## I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. skal ny § 4-3 lyde:

**§ 4-3 Fritt behandlingsvalg**

*Private virksomheter kan yte helsehjelp til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, for en pris fastsatt i forskrift etter andre ledd. Slike virksomheter må være godkjent av Helsedirektoratet eller det organ de utpeker, etter vilkår fastsatt med hjemmel i forskrift etter andre ledd.*

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling og bortfall av godkjenning av virksomheter som kan yte helsehjelp etter første ledd. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om forvaltning av ordningen, herunder prising av tjenester og innfasing og utfasing av tjenester.*

## II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-1 b nytt åttende og niende ledd skal lyde:

*De regionale helseforetakene kan bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.*

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. annet ledd.*

Ny § 2-4 skal lyde:

**§ 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg**

*Pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes, jf. § 2-2. Pasienten kan bare velge virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter etter § 2-1 b.*

*Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-1 b annet ledd, kan velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasienten kan bare velge privat virksomhet som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.*

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første og andre ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første og andre ledd gjelder ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

*Retten etter første og andre ledd gjelder ikke private rehabiliteringsinstitusjoner.*

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgretten etter bestemmelsen her.

§ 2-6 første og femte ledd skal lyde:

Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og som dekkes av et foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. eller som finansieres av staten etter forskrift gitt med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 § 4-3. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved *fritt behandlingsvalg*, om utbetaling av refusjon og om frister for fremsetting av krav.

### III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.







## Bestilling av publikasjoner

### Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)

Telefon: 22 24 20 00

### Privat sektor:

Internett: [www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: 07 Xpress AS – 01/2015

