



Helse- og omsorgsdepartementet  
[Postmottak@hod.dep.no](mailto:Postmottak@hod.dep.no)

16.09.2014

### **HØRINGSSVAR OM FRITT BEHANDLINGSVALG**

Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo (SKBO) svarer med dette på høringen om fritt behandlingsvalg (FBV).

Vi har valgt å gi en kommentar til Fritt behandlingsvalg (FBV) med utgangspunkt i vår erfaring fra rus- og psykisk helsevern. Derneft kommenterer vi behov for forskriftshjemmel og prinsipper for prisfastsettelse. Vi knyttet til slutt noen kommentarer til anskaffelsesstrategi.

Vedlagt følger SKBOs høringssvar.

Med vennlig hilsen  
**Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo**

Lars Erik Flatø  
Generalsekretær

## **SVAR PÅ HØRING OM FRITT BEHANDLINGSVALG**

Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo (SKBO) svarer med dette på høringen om fritt behandlingsvalg (FBV). Vi har valgt å gi en kommentar til Fritt behandlingsvalg(FBV) med utgangspunkt i vår erfaring fra rus- og psykisk helsevern. Dernest kommenterer vi behov for forskriftshjemmel og prinsipper for prisfastsettelse. Vi knyttet til slutt noen kommentarer til anskaffelsesstrategi.

### **SAMMENDRAG:**

#### **FRITT BEHANDLINGSVALG**

***Bymisjonen er usikre på om innføringen av Fritt behandlingsvalg vil bidra til å oppnå de målene regjeringen har satt seg. Vridningseffektene FBV kan få for behandlingstilbudet – særlig innenfor rus- og psykisk helsevern - bør vurderes grundig før man innfører en slik relativt omfattende reform.***

***Primært ønsker Bymisjonen at ordninger med løpende avtaler med ideelle videreføres og utvikles. I den grad det er behov for et utvidet tilbud, kan dette gjøres gjennom direkteanskaffelser hos samarbeidspartnere som allerede tilbyr slik behandling. Dette vil sikre kvalitet på tjenestene, mulighet for de ideelle til å utvikle robuste tjenester over tid og redusere byråkrati fordi tjenestenes kvalitet allerede er vurdert gjennom anskaffelsesprosessen - og dermed gjør en egen godkjenningsordning overflødig.***

#### **INNFASING AV FBV - PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING**

***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 at FBV ikke er et riktig valg for feltet i nåværende situasjon. Vi begrunner dette i hovedsak med to forhold:***

- 1. det er nylig(2014) anskaffet en rekke nye langtids døgnplasser i rusfeltet innen TSB i alle RHFene***
- 2. samhandlingsreformen legger opp til at det skal bygges opp rusbehandling og oppfølging i kommunene***

***I tillegg kommer at det er uttalt politikk innenfor rusfeltet at man skal bygge opp det polikliniske tilbudet innen TSB og redusere liggetiden i døgnbehandling. Det kommunale tilbudet skal opprustes for å kunne ivareta oppfølging av pasienter etter behandling.***

***Alle poliklinikker i Osloregionen, inkludert de ideelle, har vurderingskompetanse. Dette er avtalefestet etter anskaffelser. Slik vi vurderer det bidrar vurderingskompetanse hos både offentlige og ideelle til et styrket TSB.***

#### **BEHOV FOR FORSKRIFTSHJEMMEL I SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN FOR NÆRMERE REGULERING AV GODKJENNINGSORDNINGEN**

***Bymisjonen 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. Det kan være gode grunner til å diskutere en volumbegrensning i godkjenningene til FBV for et definert område – basert på behov og prioriteringer i feltet, og for å redusere risikoen for de tiltakene som har avtaler etter anbud.***

## PRINSIPPER FOR PRISFASTSETTELSE

***Ved å innføre en fast pris risikerer man å redusere mangfoldet i feltet og stimulerer til økt tilbud av tjenester som krever minst ressurser. Det er ikke nødvendigvis et gode innenfor dette feltet, dersom målet er å gi et individuelt tilpasset tilbud til de pasientene som har behov for behandling. Dersom fastpris innføres må det legges inn kriterier i anskaffelsen som kompenserer for dette.***

## ANSKAFFELSESTRATEGI

***Vi imøteser en utvikling hvor de ideelle i større grad kan delta og bidra inn i fagutvikling, forskning og regional planlegging. Vi kan også se for oss at rollen som underleverandør, sektoransvar og regionalt ansvar kan være en vei å gå. Dette forutsetter langsiktige avtaler.***

## NÆRMERE OM DE ULIKE OMRÅDENE

### FRITT BEHANDLINGSVALG

Høringsnotatet beskriver FBV som en del av regjeringens strategi for å oppnå målsettingen om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasientens rett til å velge står i sentrum. Regjeringen ønsker å utnytte kapasiteten i det offentlige bedre og å slippe til private aktører i større grad. Målet med FBV er å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive (s. 33).

### *Private kommersielle og/eller ideelle aktører*

Vi kan ikke se at det å slippe private kommersielle aktører til i seg selv gir større valgmulighet eller bedre tjenester for pasientene. Spesielt gjelder dette innenfor feltet rus- og psykisk helse. I dette feltet – særlig innenfor rus, er det lang tradisjon for at ideelle aktører har bidratt med kvalitativt gode tilbud, i samspill med det offentlige. Her har det de siste årene blitt utviklet en anskaffelsesform overfor ideelle som har bidratt til å utvikle helhetlige og sammenhengende tjenester for pasientene. RHFene har hatt mulighet til å gjøre vurderinger av behov, og styre ressursbruken i samsvar med disse. Man er i ferd med å utvikle kriterier for kvalitet som sikrer pasientene gode tjenester.

### *Effektiv offentlig helsetjeneste*

Bymisjonen støtter regjeringens anliggende om en mest mulig effektiv offentlig helsetjeneste. Samtidig anerkjenner vi at de offentlige tilbudene innenfor rus- og psykisk helse ivaretar områder innenfor feltet som krever store og robuste fagmiljø, f.eks akutt-tjenester og tvang. Disse områdene er ikke foreslått inn i FBV. For at det offentlige skal kunne ivareta disse funksjonene, kreves det høy kompetanse. Denne kompetansen kan også benyttes til å gi kvalitativt gode behandlingstilbud innenfor de områdene hvor regjeringen ønsker å innføre FBV. Samvirkningen mellom spesialfunksjonene (tvang/akutt-tjenester) og ordinære TSB-tjenester skaper effektive og kompetente behandlingsmiljøer, i tillegg til at disse miljøene vil kunne være ledende innenfor forskning og fagutvikling. Feltet er avhengig av slike offentlige miljøer for å kunne utvikle seg, og vi ønsker ikke å sette dette i fare. Når det er sagt imøteser vi en utvikling hvor de ideelle i større grad gis mulighet til å delta og bidra inn i fagutvikling, forskning og regional planlegging. Vi kan også se for oss at rollen som underleverandør, sektoransvar og regionalt ansvar kan være en vei å gå. Dette forutsetter langsiktige avtaler.

## **INNFASING AV FBV - PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB)**

### *Helse Sør-Øst-regionen*

Slik vi ser feltet – spesielt i Helse Sør-Øst – har det blitt, eller er i ferd med å bli, etablert mange nye døgnbehandlingsplasser. Etableringen har skjedd som langsiktige avtaler med ideelle samarbeidspartnere. Det er for tidlig å si hvordan dette vil slå ut for kapasiteten på døgnbehandling. Samtidig satses det på tilbud i kommunene for å følge opp pasienter etter behandling. Det er også for tidlig å si hva dette vil bety for behovet for langtidsplasser i TSB. Dersom samhandlingsreformen virker etter intensjonene, og det etter hvert følger penger med reformen, vil det trolig føre til at behovet for langtidsbehandlingsplasser i TSB reduseres til fordel for kortere opphold i TSB og mer langsiktige tilbud med oppfølging i kommunen. Usikkerheten forsterkes ytterligere av at FBV ikke skal omfatte polikliniske tilbud, og at ordningen kan bidra til overetablering og dermed vridning mot døgnbehandlingsplasser.

### *Følgeforskning*

Departementet har vært inne på disse forholdene og påpekt at det er viktig med følgeforskning for å vurdere effekten av FBV. Vi mener i tillegg at det er vanskelig å skille hva som er effekt av de allerede iverksatte tiltakene og effekt av FBV når så mange tiltak iverksettes samtidig. Også av den grunn vil dette feltet være vanskelig å få gode svar fra, som del av en innfasing.

### *Det offentlige tilbudet*

Det offentlige tilbudet som er på TSB-området i dag bør – etter vårt skjønn - ikke bli mindre. Som nevnt under punktet «Effektiv offentlig helsetjeneste» ivaretar det offentlige tilbudet en viktig funksjon i feltet i dag – blant annet knyttet til utvikling av russpesialitet hos leger og forskning/fagutvikling. Det er nødvendig med robuste fagmiljø i regi av det offentlige for å utvikle fagfeltet – også om det i større grad skulle skje i samhandling med ideelle og private samarbeidspartnere. Andre måter å effektivisere det offentlige tilbudet på kan blant annet være å stille økte krav til forpliktende samarbeid med de ideelle.

### *Tvang og akutte tjenester*

Bymisjonen støtter departementets vurdering av at tilbud som omhandler tvang og akutt-tjenester ikke skal omfattes av FBV.

### *Ideelle virksomheters rolle som vurderingsenhet – herunder A-Senteret*

Departementet stadfester i høringsnotatet at vurderingene av rett til – og tildeling av helsehjelp innenfor TSB og psykisk helsevern, *fortsatt* skal ligge hos de offentlige poliklinikkene. Kriteriene skal heller ikke endres. Dette vil bidra til at det ikke skjer en vridningseffekt mot mer døgnbehandling i strid med faglige vurderinger.

Alle poliklinikker i Osloregionen, inkludert de ideelle, har vurderingskompetanse. Dette er avtalefestet etter anskaffelser. Slik vi vurderer det bidrar vurderingskompetanse hos *både* offentlige og ideelle til et styrket TSB.

### *Mangfold i behandlingstilbudet – standardisering fører til færre valgmuligheter*

I høringsnotatet diskuteres uønsket praksisvariasjon. Her peker man på at det er behov for en generell standardisering av feltet gjennom prosedyrer og retningslinjer som kan redusere variasjon. Samtidig er en av intensjonene i fagfeltet TSB at tilbudet skal være mangfoldig slik at den enkelte pasient skal få individuelt tilpasset behandling. Mangfold er særlig viktig i rusbehandling fordi ruslidelser er sammensatte og komplekse, og behovene blant ruspasientene varierer mye. I tillegg vil et variert tilbud bidra til reelle valgmuligheter for pasientene. Det vil bidra til å *redusere kvaliteten* i TSB dersom standardisering bidrar til at variasjonen mellom tilbudene forsvinner. Når det er sagt er vi selvsagt enige i at det behandlingstilbudet som til en hver tid tilbys skal være forankret faglige anerkjente metoder som kan dokumenteres.

### *Informasjon- NAVs rolle*

Slik forslaget om FBV foreligger er det opp til pasienten selv å finne egnet behandlingstilbud. Innenfor rus- og psykisk helsevern vil det være pasienter som har begrensede muligheter til å orientere seg i tilbudene uten veiledning fra pårørende eller helse-/sosialtjenesten. I tillegg til at det skal finnes informasjon om behandlingstilbudene på Frittisykhusvalg.no og etter hvert på hels norge.no er det behov for ytterligere tilgjengelig informasjon om behandlingstilbudene. Departementet nevner fastlegene. Vi mener at også NAV vil være en viktig veilednings- og informasjonsinstans for de aktuelle pasientene.

### **BEHOV FOR FORSKRIFTSHJEMMEL I SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN FOR NÆRMERE REGULERING AV GODKJENNINGSORDNINGEN**

Bymisjonen 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. Her mener vi det er særlig viktig å vurdere behov for det aktuelle tilbudet i den regionen det skal plasseres og konsekvensene for tilgang på kvalifisert personell i de ordinære tilbudene. Det må være et overordnet mål at kvaliteten på de offentlige og konkurranseutsatte tilbudene ikke skal stå i fare for å forringes på bekostning av at det skapes et marked for private tilbydere.

Vi er enige i at departementet bør forvalte ordningen, og at denne godkjenningsordningen må komme i tillegg til andre godkjenningsordninger.

### *Varighet og volum*

Vi støtter forslaget om at en godkjenning må ha en viss varighet, eksempelvis 5 år, men at den må kunne trekkes tilbake ved brudd på vilkårene i godkjenningen. Ved endringer i behov eller prioriteringer som fører til oppsigelse av avtale, bør dette varsles i god tid (2 år).

### *Private uten avtale*

Departementets vurdering åpner for at også private som ikke har vunnet anbudskonkurranse kan søke godkjenning. Kvalitet og en helhetlig vurdering av behov og sammensetning av tilbudet i en region ligger til grunn for RHF-enes vurdering i anbudskonkurranser – i tillegg til pris. Ved å åpne opp for at tilbydere som har tapt konkurranser kan godkjennes som leverandører, risikerer man å rokke ved de vurderinger som er gjort av RHFene, og dermed øke risikoen for de tiltakene som allerede er i feltet – både offentlige og private/ideelle. Balansen mellom behov og tilbud kan ødelegges på en slik måte at de kvalitativt beste tilbudene (offentlige og de som har vunnet anbud) må redusere aktivitet på bekostning av private tilbydere som i utgangspunktet ble vurdert som svakere. Alternativt kan man tenke seg at eksisterende tiltak med ledig kapasitet kan prioriteres.

### **PRINSIPPER FOR PRISFASTSETTELSE**

#### *Fast pris*

Departementet foreslår at det skal settes en fast pris for plasser som tilbys for en definert tjeneste. Denne prisen skal ligge under eller være lik den laveste prisen som har blitt akseptert i en anbudskonkurranse knyttet til tjenesten, der hvor slik konkurranse har funnet sted. Dette skal blant annet ta hensyn til at man ikke ønsker en vridning fra anbud til plasser som tilbys innenfor FBV. Innenfor TSB- og Psykisk helsevern er pris nær knyttet til innretningen og kvaliteten i tilbudet. Prisen på en døgnbehandlingsplass innenfor TSB vil variere avhengig av hvor mange plasser tiltaket har, pasientenes behandlingsbehov og metodene som er valgt for å møte pasientenes behov. Bemanningens kompetanse og antall vil variere avhengig av innretning. Beliggenhet er også en relevant faktor ved fastsetting av pris. Samlet sett betyr dette at det er rimelig at prisene varierer. Det sikrer nettopp et mangfoldig tilbud til pasientgruppen – noe som blir sterkt vektlagt i rusfeltet hvor pasientenes behov varierer svært.

### *Pris for oppholdsdøgn eller pr utskrivning*

Det diskuteres om pris innenfor TSB/psykisk helsevern skal fastsettes pr oppholdsdøgn, pr utskrivning eller en kombinasjon. Slik vi ser det vil det være svært krevende å definere klart hva som skal legges til grunn hvis man velger «pr utskrivning». Her vil det blant annet variere hva begrunnelsene for utskrivningen er – om utskrivning skjer etter endt behandling, om oppholdet er avbrutt som følge av beslutning fra behandlingsinstitusjon eller pasient osv. Behandlingsfaglig vil det være en fordel å beholde pris pr behandlingdøgn, samtidig som det kan føre til «overbehandling». Det bør arbeides videre med finansieringsløsninger som understøtter kvalitet og motvirker overbehandling.

### **ANSKAFFELSESTRATEGI**

Departementet legger til grunn at det skal gjøres økt bruk av anskaffelser gjennom anbud – og at dette vil være hovedstrategien for å utvikle behandlingstilbudet til befolkningen og å redusere ventelistene. Samtidig skal det bidra til økt valgfrihet og stimulere til effektiv drift av de offentlige tilbudene.

### *Korrektiv og samarbeidspartner*

Man ønsker å videreutvikle RHF-enes bestillerfunksjon slik at private skal kunne inngå i sørge-for-ansvaret på en mer forpliktende måte enn i dag. Fra å være supplement – ønsker man at de private skal bli et korrektiv og en samarbeidspartner for det offentlige helsetilbudet. Innenfor rusfeltet har ideelle organisasjoner utgjort en stor del av behandlingstilbudet. Vi imøteser en utvikling hvor de ideelle i større grad kan delta og bidra inn i fagutvikling, forskning og regional planlegging. Vi kan også se for oss at rollen som underleverandør, sektoransvar og regionalt ansvar kan være en vei å gå.

### *Kommersielle og ideelle aktører*

Det skilles ikke mellom kommersielle og ideelle aktører. Ideelle aktører vil ha en annen begrunnelse enn kommersielle for å inngå i et slikt samarbeid – ikke minst fordi alle ressursene vil bli benyttet til å utvikle tilbudet og ikke tas ut som utbytte. Dette er ulike mekanismer som vil stimulere til ulik deltakelse i feltet og bør derfor nyanseres.

Å legge begrensninger på tildeling av volum er et eksempel på forhold som kan være med på å redusere de ideelles konkurransedyktighet fordi vi risikerer å ikke bli robuste nok til å konkurrere på pris og kvalitet.