

## Høringsnotat

# Fritt behandlingsvalg

**Høringsfrist: 16. september 2014**

## Innhold

1	Innledning .....	5
2	Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten .....	7
2.1	Innledning .....	7
2.2	Utviklingen i ventetider og fristbrudd i spesialisthelsetjenesten .....	7
2.3	Hva venter pasientene på?.....	9
2.4	Antall nyhenviste og aktivitetsutvikling påvirker ventetidene .....	12
2.5	Bruk av private i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten .....	13
3	Kort om historikk og utvikling .....	13
3.1	Kort om utviklingen av pasient- og brukerrettigheter.....	13
4	Andre lands lovgivning .....	16
4.1	Sverige .....	16
4.2	Danmark.....	17
4.3	Finland .....	19
4.4	Island.....	21
5	Gjeldende rett .....	22
5.1	innledning .....	22
5.2	Rett til vurdering .....	23
5.3	Rett til fornyet vurdering .....	24
5.4	Rett til nødvendig helsehjelp .....	25
5.5	Rett til valg av sykehus m.m. (fritt sykehusvalg) .....	26
5.6	Rett til informasjon .....	28
5.7	Fristbrudd.....	29
5.8	Forsvarlighetskravet.....	30
5.9	Ansvarsfordeling – staten, regionale helseforetak og helseforetak .....	31
5.9.1	Statens ansvar for spesialisthelsetjenester.....	31
5.9.2	De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester .....	32
5.9.3	Finansiering.....	32
6	Fritt behandlingsvalg .....	33
6.1	Hva er fritt behandlingsvalg?.....	33
6.2	Hvilke lov- og forskriftsendringer er det behov for å gjennomføre ved innføring av fritt behandlingsvalg?.....	34

7	Forslag til en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven .....	35
7.1	Innledning .....	35
7.2	Hvem skal pasientrettigheten gjelde for? .....	35
7.3	Når skal retten til fritt behandlingsvalg inntre? .....	37
7.4	Hva skal retten til fritt behandlingsvalg omfatte? .....	39
7.4.1	Utvidet rett til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted .....	39
7.4.2	Særlig om skillet mellom frist til utredning og behandling .....	40
7.5	Når opphører retten til fritt behandlingsvalg? .....	43
7.6	Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter med mer. 44	
7.6.1	Rett til fritt sykehusvalg .....	44
7.6.2	Rett til informasjon og medvirkning .....	45
7.6.3	Rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal gis - fristbruddsordningen	46
7.6.4	Hvem har ansvaret for pasienten i forløpet – kravet til forsvarlighet .....	48
7.6.5	Rett til fornyet vurdering .....	49
7.6.6	Rett til individuell plan .....	49
7.6.7	Rett til syketransport .....	50
7.7	Oppsummering .....	51
8	Fritt behandlingsvalg – behov for forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven for nærmere regulering av godkjenningsordningen .....	52
8.1	Innledning .....	52
8.2	Fritt behandlingsvalg – behovet for rettslig regulering av forholdet mellom det offentlige og de private leverandørene .....	52
8.3	Krav som kan stilles til leverandører i forskrift om fritt behandlingsvalg .....	54
8.3.1	Innledning .....	54
8.3.2	Krav av objektiv karakter .....	54
8.3.3	Krav av skjønnsmessig karakter – helsepolitiske hensyn .....	55
8.4	Hvordan skal private leverandører få anledning til å delta i ordningen? .....	56
8.5	Rettigheter og plikter for fritt behandlingsvalgleverandørene .....	57
8.6	Hvilke aktører vil være aktuelle for fritt behandlingsvalg? .....	58
8.7	Forvaltning av fritt behandlingsvalgordningen .....	59
8.8	Forholdet til godkjenning av helseinstitusjoner .....	60
8.9	Godkjenningens varighet .....	61

8.10	Ventelisteregistrering .....	61
8.11	Pasientskadeerstatning .....	63
8.12	Oppsummering .....	63
9	Innfasing av fritt behandlingsvalg .....	64
9.1	Innledning .....	64
9.2	Psykisk helsevern og rusbehandling .....	65
9.3	Videre innfasing .....	67
9.4	Konsultasjonsmekanisme med hovedorganisasjonene .....	68
10	Prinsipper for prisfastsettelse .....	68
11	Konsekvenser for sentrale helsepolitiske mål .....	71
11.1	Innledning .....	71
11.2	Effekt på ventetider .....	71
11.3	Effekt på prioriteringer i helsetjenesten .....	72
11.4	Konsekvenser for de offentlige sykehusene .....	73
11.5	Konsekvenser for målet om likeverdig tilgang .....	73
12	Evalueringsopplegg .....	74
13	Informasjon til pasienter og helsepersonell .....	74
14	Behov for tilpasninger i IKT-systemer .....	75
15	Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet .....	77
15.1	Forholdet til EØS-regelverket .....	77
15.2	Pasientrettighetsdirektivet .....	77
16	Ny anskaffelsesstrategi .....	78
17	Endring av systemet med aktivitetsstyring .....	81
17.1	Innledning .....	81
17.2	Dagens system med aktivitetsstyring .....	81
17.3	Behov for justeringer i dagens system .....	81
18	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene .....	83
18.1	Forvaltning og drift .....	83
18.2	Kostnader knyttet til økt pasientbehandling .....	83
19	Spesielle merknader til lovforslaget .....	84

# 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 som har fått tildelt en rett til nødvendig helsehjelp venter i dag unødvendig lenge på å motta helsehjelp. Samtidig kan det være ledig kapasitet hos private aktører. Private helseforsikringer og privatfinansierte helsetjenester øker i omfang. Regjeringen ønsker ikke en utvikling mot en todelt helsetjeneste, der noen selv betaler for helsehjelpen fordi de opplever at den offentlige helsetjenesten ikke leverer raskt nok. En slik utvikling kan over tid undergrave oppslutningen om den offentlige helsetjenesten. Derfor foreslås det i dette høringsnotatet å innføre fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen mener at økt konkurranse gjennom etablering av fritt behandlingsvalg vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. På denne måte sikrer vi at de offentlige sykehusene fortsatt er bærebjelken i et offentlig finansiert system der de sykeste får behandling først. For å nå regjeringens ambisjon om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum, skal både de offentlige sykehusene få mer frihet til å utnytte kapasiteten bedre, og private krefter skal slippe mer til. 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 dette høringsnotatet gis en nærmere beskrivelse av hva en ordning med fritt behandlingsvalg er tenkt å være, både for pasientene og for virksomhetene som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen. Høringsnotatet inneholder forslag til to nye lovbestemmelser. Den ene i pasient- og brukerrettighetsloven for å lovfeste pasientenes rett til å velge å motta helsehjelp hos en fritt behandlingsvalg-leverandør. Den andre i spesialisthelsetjenesteloven for å få en hjemmel til å gi forskrift om nærmere regulering av ordningen med fritt behandlingsvalg, inkludert krav som skal kunne stilles til virksomheter som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

Fritt behandlingsvalg innebærer en utvidelse av pasientenes rett til å velge behandler, og gir private økte muligheter til å tilby sine helsetjenester. Virksomheter som blir godkjent for å levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, skal kunne levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Dette vil gi pasientene økt valgfrihet og vil mobilisere kapasitet hos private leverandører. Denne måten å organisere tjenesteleveranser på har samtidig noen begrensninger sammenlignet med de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra private gjennom anbudskonkurranser og påfølgende avtaleinngåelse. Det kan i en ordning med fritt behandlingsvalg være vanskeligere å differensiere etter kvalitet og etablere sammensatte behandlingsforløp på tvers av offentlige og private leverandører, enn gjennom vanlige anskaffelser og avtaler. Anskaffelse gjennom konkurranse er i tillegg den meste effektive måten å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å tilby. Departementet er opptatt av at fritt behandlingsvalg skal støtte opp under målet om kostnadseffektive anskaffelser, og ikke innrettes slik at avtaleinstituttet svekkes. Kraften i markedsmekanismen skal utnyttes, men

styres i en retning som gir best mulig måloppnåelse. Det er viktig for å sikre både legitimitet og kostnadseffektivitet.

Parallelt med forberedelsene til å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg, vil derfor departementet be de regionale helseforetakene utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal også i fremtiden være gjennom anbud og særskilte avtaler. Etter departementets vurdering har imidlertid RHFene i de to siste stortingsperiodene ikke i tilstrekkelig grad utnyttet mulighetene for å bruke de private på denne måten, i stor grad som følge av styringssignaler fra eier.

Den viktigste effekten av å innføre fritt behandlingsvalg bør finne sted i de offentlige sykehusene. Fritt behandlingsvalg vil gi de offentlige sykehusene en stimulans til å bli mer effektive. Denne stimulansen betinger ikke nødvendigvis at mange pasienter velger å benytte fritt behandlingsvalg. Konkurransen må imidlertid være reell, og ordningen med fritt behandlingsvalg må finansieres på en måte som legger til rette for at de offentlige sykehusene kan respondere på denne stimulansen. Fritt behandlingsvalg bør ikke innføres på en måte som gjør at ventelisten flyttes fra offentlige til private leverandører. Staten tar derfor på seg en betydelig del av den økonomiske risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg. Det setter strenge krav til styringsevnen i alle ledd i spesialisthelsetjenesten for å unngå underskudd og svekket økonomisk bærekraft i sykehusene.

Etter departementets vurdering er det usikkert hvor mange pasienter som faktisk vil velge å benytte seg av ordningen med fritt behandlingsvalg. Brorparten av aktivitetsveksten hos private leverandører vil trolig komme gjennom økt bruk av anbud. Samtidig forventer departementet at de offentlige sykehusene vil respondere på konkurransen. Dersom de offentlige sykehusene selv blir mer effektive og i tillegg kjøper mer fra private gjennom anbud, vil trolig færre pasienter velge å benytte fritt behandlingsvalg fordi de er misfornøyd med ventetiden i det offentlig styrte tilbudet. Aktivitetseffekten av denne reformen vil dermed kunne være langt større enn aktiviteten i fritt behandlingsvalg isolert sett. Selv om brorparten av veksten hos private trolig vil komme gjennom anbud, er fritt behandlingsvalg viktig som sikkerhetsventil for pasientene, og som korrektiv og stimulans for den offentlige helsetjenesten.

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

## 2 Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten

### 2.1 Innledning

Mange pasienter venter i dag unødvendig lenge på å motta helsehjelp. Reduserte ventetider har vært en målsetting i flere år, men til tross for dette økte gjennomsnittlig ventetid for somatisk sektor med fem dager fra 2006 til 2013. Samtidig har de offentlige sykehusene vært gjenstand for streng aktivitetsstyring. Fra 2008 til 2012 holdt den budsjetterte aktivitetsveksten bare så vidt følge med det økte behovet for spesialisthelsetjenester som følge av demografiske endringer.

Samtidig finnes det private aktører som kan levere mer helsetjenester enn i dag. I tillegg har de offentlige sykehusene de siste årene redusert sine kjøp av helsetjenester fra private kommersielle aktører. For å nå regjeringens helsepolitiske mål må private krefter derfor slippes mer til. Også de offentlige sykehusene kan bli bedre og mer effektive.

### 2.2 Utviklingen i ventetider og fristbrudd i spesialisthelsetjenesten

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet i helsetjenesten. Lange ventetider i spesialisthelsetjenesten var blant annet viktig i grunnlaget for sykehusreformen i 2002 (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene de senere årene er reduserte ventetider et sentralt krav.

Informasjon om ventetid er viktig. For det første kan ventetid brukes som en kvalitetsindikator. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og i verste fall medføre for tidlig død ved alvorlig sykdom. For det andre kan lang ventetid indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene.

Figur 1 viser utviklingen i ventetid fra 2002 til 2013 for pasienter som venter på elektiv (planlagt) helsehjelp totalt og etter sektor<sup>1</sup>. Om lag 70 prosent av den helsehjelpen som ytes av norske sykehus hver dag året rundt, er akutthjelp, og skjer umiddelbart når pasienten kommer til sykehus. Figuren viser at ventetiden totalt sett særlig gikk ned i de første årene etter sykehusreformen. Dette må også ses i sammenheng med rydding i

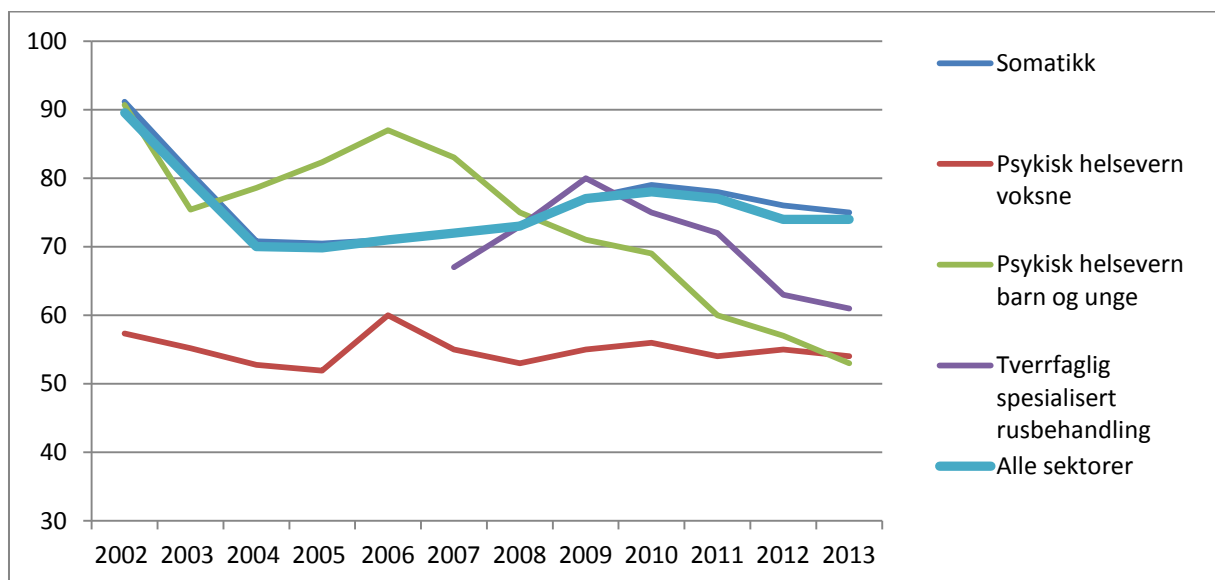
---

<sup>1</sup> Norsk pasientregisters ventelistestatistikk 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.

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

Figur 1. Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede for årene 2002-2013. Kilde: Norsk pasientregister.



Alle pasienter som har rett til prioritert helsehjelp, skal få en dato for oppstart av utredning eller behandling. Fristbrudd oppstår når helsehjelpen ikke har startet til den oppsatte fristen. Fristen er en del av pasientrettighetene, og sikrer prioritet for pasienter med de mest alvorlige sykdomstilstandene<sup>2</sup>. Figur 2 viser utviklingen i andel fristbrudd fordelt på sektor for hele landet, dvs. andelen pasienter registrert med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp som ikke får påbegynt utredning eller behandling innen den fastsatte fristen.

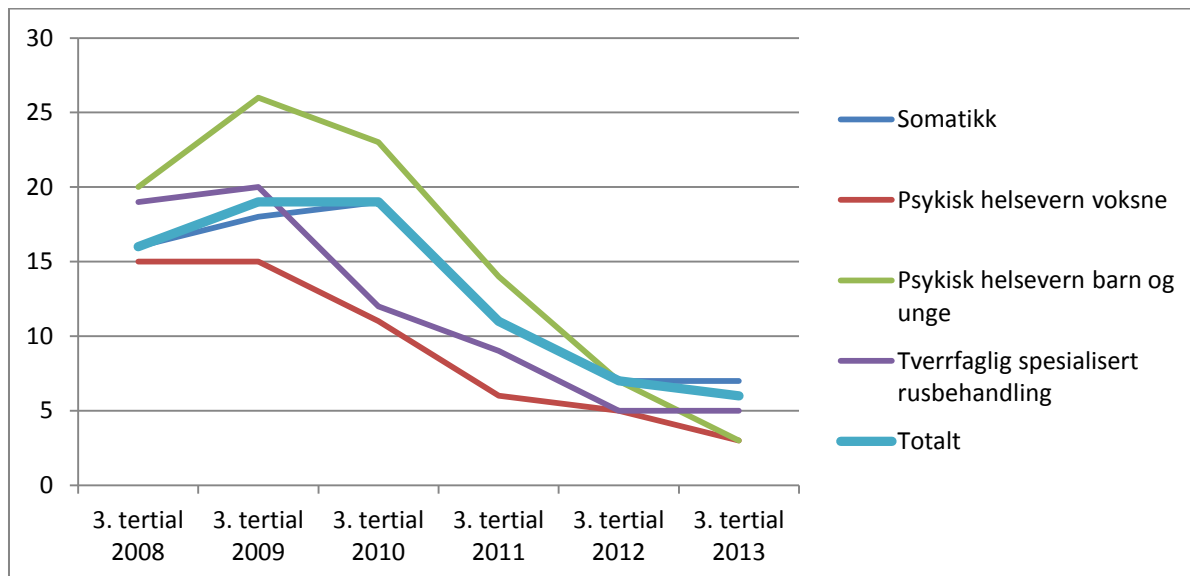
Andel registrerte fristbrudd er redusert i alle sektorer siden 2008, jf. figur 2. I tredje tertial 2013 var det seks prosent som ikke fikk påbegynt utredning eller behandling innen fristen. Andelen fristbrudd er noe høyere innen somatikk enn gjennomsnittlig. Innen psykisk helsevern var andelen tre prosent. Utviklingen har vært positiv de siste årene, og må blant

<sup>2</sup> En forutsetning for å beregne hvor stor andel av pasientene som får igangsatt helsehjelp innenfor den individuelt satte fristen er bruk av NPR-melding. NPR-melding er eneste godkjente rapporteringsformat ved innrapportering til Norsk pasientregister. Før 2011 var ikke alle helseforetak/institusjoner godkjente for NPR-melding med unntak av sektoren for psykisk helsevern barn og unge. Det betyr at oversiktene som presenteres her ikke har komplette nasjonale data i perioden 2008 - 2010, da kun enheter som var godkjente for NPR-melding inngår. Som en konsekvens gir ikke oversiktene et godt grunnlag for å beskrive utviklingen med hensyn til fristbrudd i perioden 2008-2010.



annet ses i sammenheng med konkrete måltall om dette i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Figur 2. Andel fristbrudd (prosent) per sektor på landsbasis. 3. tertial 2008 – 3. tertial 2013. Kilde: Norsk pasientregister.



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, fordi denne størrelsen kun viser antall pasienter som venter på et gitt opptellingstidspunkt. Ved utgangen av 2013 var det om lag 275 000 som ventet på spesialisthelsetjeneste. Langt de fleste av disse venter på somatisk behandling. Rundt 15 000 pasienter ventet på behandling innen psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall ventende er høyere i dag sammenlignet med 2002 da antall ventende utgjorde om lag 218 000. Noe av økningen kan forklares med et tidsseriebrudd i statistikken i 2012.

## 2.3 Hva venter pasientene på?

### *Fordeling av ventende på omsorgsnivå*

Tabellen 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 mellom poliklinikk, dagbehandling og innleggelse gjelder når en ser på pasienter som har påbegynt helsehjelp og pasienter som venter. Fordelingen er stabil over tid.

**Tabell 1. Andelsvis fordeling av nyhenviste, ordinært avviklede og ventende på omsorgsnivå. 3. tertial 2009-2013.**

		Nyhenviste					Ordinært avviklede					Ventende				
		3. tert 09	3. tert 10	3. tert 11	3. tert 12	3. tert 13	3. tert 09	3. tert 10	3. tert 11	3. tert 12	3. tert 13	3. tert 09	3. tert 10	3. tert 11	3. tert 12	3. tert 13
Somatikk	Poliklinikk	88	88	87	88	89	87	88	87	88	89	88	88	88	89	90
	Dagbehandling	4	6	7	6	6	5	6	7	6	6	5	7	8	7	6
	Innleggelse	8	6	5	5	5	8	6	6	5	5	7	5	5	4	4
PHV-V	Poliklinikk	87	88	89	91	92	82	83	85	90	92	88	89	89	91	91
	Dagbehandling	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	Innleggelse	13	11	10	9	7	18	16	14	10	8	12	10	10	8	8
PHV-BU	Poliklinikk	96	97	97	99	99	96	97	97	98	98	96	97	97	99	99
	Dagbehandling	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
	Innleggelse	4	3	2	1	1	4	3	2	1	1	4	3	3	1	1
TSB	Poliklinikk	49	55	60	63	68	51	54	54	62	64	47	50	51	56	62
	Dagbehandling	1	3	1	1	1	0	3	0	1	1	0	1	1	0	0
	Innleggelse	50	42	40	37	31	49	43	46	37	35	53	49	49	43	37

### Fordeling av ventetid etter somatisk fagområde

Tabellen nedenfor viser hvor lang ventetid som er registrert fra mottak av henvisning i somatisk spesialisthelsetjenesten til pasienten var i gang med helsehjelp fordelt etter 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, men trenger ikke være det. Lang ventetid er blant annet også et uttrykk for de medisinske prioriteringene som er gjort i klinikken. Det er for eksempel grunn til å tro at en stor andel pasienter som venter lenge på plastikk-kirurgi og ortopedisk kirurgi har mindre alvorlige tilstander. Tre måneder er valgt i tabellen for å fremstille tallmaterialet oversiktlig. 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 2. Antall ordinært avviklede etter ventetid, andel med ventetid over tre måneder og andel etter somatiske fagområder. 2012.**

Somatikk	<1mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-11 mnd	1-4 år	>4 år	Andel med ventetid over tre måneder
340 Transplantasjon, utredning og kirurgi	12	15	33	2	0	0	56 %
822 Klinisk kjemi	0	1	0	1	0	0	50 %
90 Plastikk-kirurgi	1305	1164	870	957	416	3	48 %
50 Ortopedisk kirurgi (inkludert reumakirurgi)	7515	15324	13825	4748	1212	11	46 %
80 Kjevekirurgi og munnhulesykdom	786	1016	762	459	212	0	44 %
40 Karkirurgi	1520	1752	978	681	624	1	41 %
231 Rehabilitering	20	6	12	4	0	0	38 %

Somatikk							>4	Andel med ventetid over tre måneder
	<1mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-11 mnd	1-4 år	år		
300 Øyesykdommer	4542	6592	3940	1917	674	2	37 %	
290 Øre-nese-hals sykdommer	7390	9441	6335	2591	332	12	36 %	
240 Hud og veneriske sykdommer	2867	3479	2162	1185	110	0	35 %	
100 Nevrokirurgi	717	1050	676	154	22	2	33 %	
210 Anestesiologi	499	472	324	105	28	0	32 %	
250 Nevrologi	3398	5379	2781	884	176	11	31 %	
60 Thoraxkirurgi (inkludert hjertekirurgi)	153	97	72	31	4	0	30 %	
20 Barnekirurgi (<15)	184	423	214	35	3	0	29 %	
330 Yrkes- og arbeidsmedisin	181	138	115	12	0	0	28 %	
233 Rehabilitering barn og unge	67	218	85	24	1	0	28 %	
10 Generell kirurgi	4899	3570	1615	984	620	0	28 %	
170 Lungesykdommer	3486	2839	1827	530	37	1	27 %	
190 Revmatiske sykdommer	2984	3748	1569	798	178	2	27 %	
70 Urologi	3949	6775	3153	736	160	2	27 %	
110 Generell indremedisin	895	585	319	139	73	1	26 %	
30 Gastroenterologisk kirurgi	4936	4697	2116	1235	97	0	26 %	
150 Hjertesykdommer	6230	12151	4231	1461	218	3	24 %	
220 Barnesykdommer	3106	5395	2314	345	43	2	24 %	
350 Geriatri	403	785	325	36	8	0	24 %	
130 Endokrinologi	2526	2922	1001	464	104	1	22 %	
852 Radiologi	933	733	455	16	2	1	22 %	
140 Fordøyelsesykdommer	8685	8989	3182	1227	296	4	21 %	
230 Fysikalsk medisin og rehabilitering	3421	4660	1507	430	93	3	20 %	
840 Medisinsk genetikk	948	367	128	65	41	54	18 %	
234 Rehabilitering voksne	92	222	59	8	0	0	18 %	
180 Nyresykdommer	601	820	233	21	8	0	16 %	
260 Klinisk nevrofysiologi	3354	2484	807	185	13	1	15 %	
160 Infeksjonssykdommer	1622	708	304	34	3	0	13 %	
200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	18267	14143	3931	737	52	1	13 %	
120 Blodsykdommer	1063	663	154	38	3	1	10 %	
232 Rehabilitering	15	27	4	0	0	0	9 %	

Somatikk	<1mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-11 mnd	1-4 år	>4 år	Andel med ventetid over tre måneder
105 Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	1030	493	69	11	1	0	5 %
853 Terapeutisk onkologi og radioterapi	2426	673	121	15	0	0	4 %
821 Klinisk farmakologi	1	0	0	0	0	0	0 %
830 Immunologi og transfusjonsmedisin	6	2	0	0	0	0	0 %
851 Nukleærmedisin	3	3	0	0	0	0	0 %
860 Patologi	3	1	0	0	0	0	0 %
823 Medisinsk mikrobiologi	0	0	0	0	0	0	

## 2.4 Antall nyhenviste og aktivitetsutvikling påvirker ventetidene

Det er flere forhold som påvirker utviklingen i ventetidene. Antall nyhenvvisninger 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 nyhenvvisninger 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.

## **2.5 Bruk av private i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten**

De regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar ivaretas gjennom egne eide helseforetak, driftsavtaler med ideelle virksomheter og kjøp av tjenester fra andre private aktører. I 2012 utgjorde ifølge SSB kostnadene til driftsavtaler med ideelle og kjøp fra private 11,5 mrd. kroner eller om lag 10 prosent av kostnadene. Andelen har vist en svak økning siden 2006 da den var på 9 prosent.

SSB-tallene skiller ikke mellom ideelle og andre private. Samdata har tall for private utenom ideelle. Samdatas tall viser at regionale helseforetaks kjøp hos kommersielle sykehus i somatisk sektor, for eksempel Aleris Helse, utgjorde 400 mill. kroner i 2012. I 2008 utgjorde kjøpene 460 mill. kroner målt i 2012-priser. Realendringen viser en reduksjon på 12,8 prosent. Tilsvarende har det vært en realnedgang i kjøp fra private institusjoner innen TSB i samme periode. Her er reduksjonen lavere med henholdsvis 2,5 prosent for institusjoner med kjøpsavtale og 1,3 prosent for institusjoner med driftsavtale.

Samtidig viser tall fra Samdata at kostnadene i de private kommersielle sykehusene økte med 20 prosent i femårsperioden, dvs. at reduksjon i kjøp fra de regionale helseforetakene er kompensert gjennom privat finansiering. For institusjoner innen TSB er bildet litt mer sammensatt. Samlet indikerer dette at de private aktørene kan levere mer helsetjenester til den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten enn hva de gjør i dag.

## **3 Kort om historikk og utvikling**

### **3.1 Kort om utviklingen av pasient- og brukerrettigheter**

Etter sykehusloven fra 1.1.1970 hadde sykehus og fødehjem en plikt til å motta en pasient hvis det etter foreliggende opplysninger måtte antas at den hjelpen institusjonen kunne gi var påtrengende nødvendig. Plikten inntrådte ikke dersom institusjonen forvisset seg om at nødvendig hjelp kunne ytes av en annen institusjon eller lege som etter forholdene var nærmere til å yte den. 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.

Det fremgikk av loven at fylkeskommunene skulle sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som var nevnt i loven, slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon skulle dekkes 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. Disse rettighetene ble senere anvendt tilsvarende overfor andre helsearbeidere enn leger.

I 1982 fikk pasienter gjennom kommunehelsetjenesteloven 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 at institusjonen (sykehuset) hadde plikt til å følge de helsepolitiske målsettinger 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”. 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 ble stående på ventelister for undersøkelse og/eller behandling, skulle registreres særskilt dersom de ikke hadde fått behandling innen seks måneder. 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 kravene forskriften stilte.

I 1997 ble forskrift om ventetidsgaranti fastsatt. Denne forskriften var hjemlet i sykehusloven. Det fulgte av forskriften 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 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 mottatt, 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 var påbegynt skulle ikke overstige tre måneder, selv om pasienten ble overført fra en institusjon til en annen.

I 1999 kom pasientrettighetsloven. Der fremgikk det at pasienter hadde rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette var første gang pasienter ble gitt en materiell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. I loven 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 at retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten bare gjaldt dersom pasienten kunne ha forventet nytte av helsehjelpen, kostnadene stod i rimelig forhold til tiltakets effekt og et forbehold om 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”. Loven ga også departementet 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 av henvisningen 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.

## 4 Andre lands lovgivning

### 4.1 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. Det fremgår at man skal få kontakt med primærhelsetjenesten samme dag som man henvender seg enten ved telefon eller besøk. Dersom helsepersonellet vurderer at man har behov for å se en lege skal man få tid innen 7 dager. Dersom man har henvisning til spesialisthelsetjenesten skal man få tid til besøk innen 90 dager. Dersom det besluttes at man trenger behandling skal slik behandling påbegynnes innen 90 dager.

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 tidsfristen 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 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 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. Videre skal pasienten få informasjon om muligheten til å velge tjenesteytere innen den offentlig finansierte helsetjenesten. Pasienten skal også informeres om garantien om helsehjelp.

## **4.2 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 regionens 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 ”sygehusvæsen” 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 ”sygehusvæsenet” 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 1 måned etter henvisningen er mottatt kan tilby behandling ved egne sykehus eller et av de spesialsykehusene som regionsrådet samarbeider med eller vanligvis benytter. Her ble det gjort endringer for et par år siden i forbindelse med regjeringsskifte. Det er innført en diffensiert frist og fristen for mindre alvorlige tilstander er nå 2 måneder. 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 har fått tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sykehus, kan velge å bli behandlet på et avtalesykehus, dersom regionsrådet endrer datoen for behandling.

Psykisk syke barn og unge som ikke får et tilbud om undersøkelse innen to måneder etter at henvisning er mottatt, kan velge å bli undersøkt på et avtalesykehus eller samarbeidssykehus. Dette følger av sundhedsloven §§ 87 a og b. Viser undersøkelsen at en person har behov for å bli behandlet raskt kan vedkommende velge å bli behandlet på et avtalesykehus, hvis bostedsregionene ikke kan gi et tilbud innen 2 måneder etter undersøkelsens avslutning.

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.

Psykisk syke voksne kan etter sundhedsloven § 87 f velge å bli behandlet på et avtalesykehus, dersom bostedsregionen ikke har tilbudt behandling ved sykehus eller samarbeidssykehus i regionen innen to måneder etter henvisningen er mottatt. Retten til å velge avtalesykehus bortfaller hvis ventetiden på avtalesykehuset er lenger enn på de regionale sykehusene og samarbeidssykehusene.

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 ”sykehusvesen” 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.

### **4.3 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 kommunen 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 tidspunktet 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 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 skal få 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 behandlingsalternativer 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.

#### **4.4 Island**

Velfærdministeren er øverste ansvarlige for helsetjenesten 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, og 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 tilfellene 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 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 egenadel som er gitt i forskrift. Sykehus og helsesentre finansieres av Velfærdsdepartementet.

## **5 Gjeldende rett**

### **5.1 innledning**

I det følgende 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.

## **5.2 Rett til vurdering**

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. Rett til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten avhenger av 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 dermed rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunktet 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 spesialisthelsetjenesten. I et slikt tilfelle skal pasienten i svarbrevet informeres om sine klagemuligheter etter § 7-2, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 om pasientens og brukerens rett til informasjon. 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 tidspunktet 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 heller ikke settes etter at fristen for når helsehjelp skal mottas er gått ut.

### **5.3 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 indikasjonen 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 én 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 forsone seg med diagnosen. Det innebærer at legen må ha saklig grunn for ikke å henvise en pasient til fornyet vurdering.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta nye kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å foreta en forsvarlig ny vurdering. Innholdet i den nye vurderingen vil følgelig i utgangspunktet svare til innholdet i retten til vurdering, hvor kravet til forsvarlighet er utgangspunktet for om pasienten må undersøkes av den aktuelle spesialisten, eller om ny vurdering basert på henvisningen med sakens dokumenter er



tilstrekkelig. Det må altså vurderes om pasienten har behov for helsehjelp og i så fall utarbeides et behandlingsopplegg. Legen som foretar den nye vurderingen må også avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og eventuelt fastsette en frist for når helsehjelpen senest må ytes til pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

En ny vurdering skal være et selvstendig alternativ til den opprinnelige. Det er følgelig ikke meningen at den andre vurderingen skal ha forrang til den første når det gjelder hva som skal legges til grunn ved senere behandling.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 at pasienten kan klage til fylkesmannen dersom vedkommende mener at reglene i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er overholdt. Det innebærer at det kan klages til fylkesmannen også i tilfeller der den som yter helsehjelp nekter å foreta en ny vurdering av saken. Dersom den fornyede vurderingen er gjennomført på en uforsvarlig måte, kan pasienten klage også over dette.

## **5.4 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/nytte-vurdering 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 understreke 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 spesialisthelsetjenesten har 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, jf. punkt 5.7. 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.

## **5.5 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 pasienten tilgang 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 offentlige sykehus, distriktpsikiatriske senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon og private sykehus som de regionale helseforetakene har inngått avtale med. 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.

Utgangspunktet er at retten til fritt sykehusvalg etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 også gjelder ved etablering av tvungent psykisk helsevern, dvs. ved tvangsinnleggelse. På visse vilkår gjelder likevel retten ikke. Dersom det vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet, gis ikke pasienten rett til å velge sykehus fritt, jf. § 2-4 tredje ledd.

Også pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk har rett til fritt sykehusvalg. Når man benytter tvangshjemlene og etablerer tvungen omsorg etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (rusmiddelavhengige) og § 10-3 (gravide rusmiddelmisbrukere), reduseres det frie sykehusvalget på tilsvarende måte som ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette gjelder også for pasienter under behandling med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

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. For pasienter som trenger rusbehandling kan også sosialtjenesten i kommunen henviser til TSB, og dermed være en rådgiver. Fastlegen skal gi god informasjon om hvilke tilbud som finnes, om valgets betydning for pasienten og om den praktiske gjennomføringen av fritt sykehusvalg. Henvisende 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 fordi sykehuset ikke kan tilby den aktuelle behandlingen. 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.

## **5.6 Rett til informasjon**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 regulerer pasientens og brukerens rett til informasjon. Plikten til å gi informasjon påhviler det helsepersonellet 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 behandlingen, pleien, omsorgen, diagnostikken eller undersøkelsen 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 med hensyn til 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 helsehjelpen 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.

## **5.7 Fristbrudd**

Pasienten har 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 tilfellene 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.

## 5.8 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 (tverrfaglig spesialisert behandling) og psykisk helsevern finnes det i tillegg 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 begrense 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.

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

### **5.9.1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester**

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret 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.

### **5.9.2 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 ressursene 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 sjettedde 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.

### **5.9.3 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 røntgeninstitutt. 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 helseforetakene bestemmes blant annet av antall innbyggere i regionen og deres 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 legge til rette for at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. 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 flaskehalser som hindrer kostnadseffektiv pasientbehandling. ISF-satsen dekker 50 prosent av enhetsprisen.

## **6 Fritt behandlingsvalg**

### **6.1 Hva er fritt behandlingsvalg?**

For å nå regjeringens målsetting om en mer tilgjengelig helsetjeneste, der pasienten og pasientens rett til å velge står i sentrum, ønsker regjeringen å mobilisere alle gode krefter, både ved å utnytte kapasiteten i det offentlige bedre, og ved å slippe private aktører enda mere til. Forslaget til fritt behandlingsvalg er et virkemiddel i denne strategien. Målet med fritt behandlingsvalg er å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

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

Forslaget om fritt behandlingsvalg innebærer at det etableres en ordning der alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. For pasientene vil det innebære en mulighet til å velge å motta helsehjelp hos en virksomhet som leverer helsetjenester gjennom det frie behandlingsvalget. Fritt behandlingsvalg vil være en ordning som kommer i tillegg til dagens offentlige tjenestetilbud og retten til fritt sykehusvalg.

Etter ny lovgivning, der ikke alle endringene er trådt i kraft, skal pasientene vurderes innen 10 dager. Innen disse 10 dagene skal pasientene få beskjed fra sykehuset om de har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis svaret er ja, skal pasientene også få informasjon om tidspunkt for når nødvendig helsehjelp senest skal starte opp. Fritt behandlingsvalg vil blant annet innebære at pasienter som er misfornøyde med tidspunktet

som er satt for oppstart, kan ta med seg rettigheten til en privat frittbehandlingsvalgleverandør og motta helsehjelpen der.

Forslaget om fritt behandlingsvalg vil ha to overordnede effekter. For det første vil selve retten til fritt behandlingsvalg gi større valgfrihet til pasientene og mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet. Pasientrettighetene utvides. 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 tillegg tas det sikte på å lansere en strategi for økt bruk av anbud, slik at pasientene kan gis enda flere kvalitetssikrede behandlingsvalg. Anbud skal være det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private.

## **6.2 Hvilke lov- og forskriftsendringer er det behov for å gjennomføre ved innføring av fritt behandlingsvalg?**

Fritt behandlingsvalg vil fungere ved siden av dagens ordning for fritt sykehusvalg. Ved fritt behandlingsvalg vil leverandøren ikke velges etter konkurranse, i motsetning til avtaler som det regionale helseforetaket inngår med private leverandører som vinner anbud. I fritt behandlingsvalg gis private leverandører som har oppfylt visse krav rett til å tilby tjenester på det offentliges regning til en pris fastsatt av staten.

Pasient- og brukerrettighetene utvides ved at pasienter gis rett til å velge å motta helsehjelp fra en leverandør som deltar i ordningen for fritt behandlingsvalg. Pasient- og brukerrettighetene er i dag samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Rettigheter til ulike former for helse- og omsorgstjenester er i all hovedsak samlet i lovens kapittel 2. Det er derfor naturlig å lovfeste pasientenes rett til å velge tjenesteyter i ordningen for fritt behandlingsvalg i dette kapittelet.

Fritt behandlingsvalg innebærer at det må etableres en nasjonal ordning for private leverandører som ønsker å tilby sine tjenester til pasienter gjennom en ordning med fritt behandlingsvalg. I utgangpunktet tenker departementet at alle private leverandører skal kunne søke om å delta i fritt behandlingsvalg. Slik departementet vurderer det, er det behov for å regulere krav som er vesentlige for å ivareta kvalitet - og pasientsikkerhet, finansiering, gjennomføring av en godkjenningsordning og hvilke pasienter og behandlinger som skal omfattes av fritt behandlingsvalgordningen. Det vil med andre ord være behov for relativt detaljerte regler.

En regulering av fritt behandlingsvalgordningen må inkludere krav til rapportering og kvalitet, oppgjørsordning og prissystem. Departementet vurderer det som mest hensiktsmessig at krav og rettigheter fremgår av en forskrift. Det foreslås derfor i dette høringsnotatet en hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven for å kunne gi en forskrift hvor forholdet mellom staten og leverandørene reguleres. Nærmere om hva en slik forskrift kan inneholde fremgår i kapittel 8.

## **7 Forslag til en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven**

### **7.1 Innledning**

Forslaget om rett til fritt behandlingsvalg vil innebære at pasientene, etter å ha fått tildelt en rett til helsehjelp av det offentlige, kan velge om de vil behandles på et offentlig sykehus, en institusjon som har avtale med det offentlige eller hos en privat aktør som leverer gjennom det frie behandlingsvalget. Det foreslås følgelig at rett til fritt behandlingsvalg vil være avhengig av at pasientens behov for og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er vurdert av den offentlige helsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Dette er de to grunnleggende prinsippene for forslaget til pasientrettigheten.

Det er imidlertid flere spørsmål som må avklares. I det følgende vil departementet redegjøre for hva forslaget om rett til fritt behandlingsvalg vil innebære for pasienter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

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

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. Utgangspunktet for de fleste materielle rettighetene er at det skal gjøres en helsefaglig vurdering av 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.

Ved å gi rettighetsbestemmelser som er generelle og forankret i det helsefaglige skjønnnet, kan man ivareta den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det er nødvendig at helsepersonell anvender helsefaglig kompetanse til konkret å vurdere hvem som skal få rett til helsetjenester.

En løsning der man i stedet regulerer hvilke pasientgrupper eller diagnoser som skal gis rett til helsehjelp, vil innebære at lovgiver gjennom fastsettelse av lovbestemmelser må vurdere hvem som skal få rett til helsetjenester. En slik detaljert rettighetsregulering er i seg selv krevende, og vil innebære at lovverket stadig må endres og likevel til enhver tid vil ligge etter den helsefaglige utviklingen. Dette vil først og fremst kunne gå utover pasientene som kan bli skadelidende av den forsinkelsen en regelverksprosess innebærer. En slik løsning, der det er lovgiver som fastsetter hvilke pasientgrupper som skal få rett til helsetjenester, ivaretar etter departementets vurdering pasienten på en dårligere måte enn ved at det er det helsefaglige skjønnnet som legges til grunn.

For helsepersonellet vil det også bli vanskelig, både å informere pasienten om systemet og å skille mellom pasienter, dersom ikke alle pasienter med rett til spesialisthelsetjeneste også skal gis rett til fritt behandlingsvalg. Først må helsepersonellet gjøre en helsefaglig

vurdering av behov for å avgjøre hvorvidt pasienten har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Deretter må helsepersonellet gjøre en vurdering av hvorvidt samme pasienten oppfyller de juridiske vilkårene for rett til fritt behandlingsvalg. Det vil stille helsepersonellet ovenfor et komplisert juridisk system, og skaper etter departementets oppfatning også et unødvendig byråkrati.

Videre er det slik at de sentrale målsettingene med fritt behandlingsvalg gjelder for hele spesialisthelsetjenesten, og ikke kun utvalgte pasientgrupper: Redusere ventetid, bedre den offentlige helsetjenesten og sette pasientene i sentrum ved å styrke deres valgmuligheter. I så måte er det naturlig at retten til fritt behandlingsvalg i utgangspunktet skal gjelde for alle pasienter.

Departementet vil derfor foreslå at pasientrettigheten gis en generell utforming, og i utgangspunktet gjelder alle pasienter som gis rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det er viktig å understreke at rettigheten likevel må ses i sammenheng med forskrift om fritt behandlingsvalg som omtales i kapittel 8. For å kunne benytte rettigheten må det naturlig nok være leverandører som både er gitt *anledning* til å levere og som *ønsker* å levere sine tjenester innenfor ordningen, til de vilkårene som følger av forskriften.

Dette leder til en todelt regulering av fritt behandlingsvalg. På den ene siden er en generelt utformet pasientrettighet. På den andre siden regulerer forskriften 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.

Det er staten som gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg styrer hvilke private leverandører som kan tilby hvilke tjenester til pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste. Departementet tar sikte på en styrt innfasing av fritt behandlingsvalg. På den måten kan departementet for det første styre innfasing til de pasientgruppene hvor det er størst behov, og for det andre vinne erfaringer før ordningen utvides til nye områder og pasientgrupper.

Det innebærer at selv om pasientrettighetene gjelder alle pasienter med rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, vil innfasingen av fritt behandlingsvalg styre hvilke pasientgrupper som først vil få muligheten til å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg. De første tjenestene som er tenkt omfattet av ordningen er døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og TSB, samt enkelte tjenester innen somatikk. Dette beskrives nærmere i kapittel 9. Andre pasientgrupper vil først på sikt få muligheten til å velge fritt behandlingsvalgleverandører etter hvert som ordningen utvides.

Som nevnt under punktet 5.5 er utgangspunktet er at retten til fritt sykehusvalg etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 også gjelder ved etablering av tvang. På visse vilkår gjelder likevel retten ikke. Utgangspunktet er at bruk av tvang ikke må bidra til å tilsidesette de generelle rettighetene som framkommer i pasientrettighetsloven, men bare de deler av rettighetene som blir uforenlige med lovens intensjon med bruken av tvang ut

fra forutsetningene ved tvangsbruken. Selv om departementet legger til grunn at tvangsbehandling i mindre grad er aktuelt å innlemme i fritt behandlingsvalg, foreslås det at tilsvarende regler skal gjelde for retten til fritt behandlingsvalg.

### **7.3 Når skal retten til fritt behandlingsvalg inntre?**

I dag er det slik at retten til fritt sykehusvalg inntre allerede på fastlegens kontor. Når fastlegen eller annet helsepersonell vurderer at pasienten har behov for spesialisthelsetjenester, skal vedkommende helsepersonell bistå pasienten med å velge det stedet hvor henvisningen skal sendes.

Som tidligere omtalt, er det den institusjonen som mottar henvisningen som innen 10 virkedager skal gi pasienten beskjed om han eller hun har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal samtidig informeres om tidspunktet for når utredning eller behandling skal settes i gang. I dag inntre altså retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste når henvisningen er vurdert av spesialisthelsetjenesten.

Når pasienter gis rett til å velge å motta helsetjenester hos en leverandør av fritt behandlingsvalg, er det i utgangspunktet tre muligheter for når retten kan inntre: Ved henvisning, etter at henvisningen er vurdert eller på et senere tidspunkt.

Dersom retten skal inntre på henvisningstidspunktet, vil det innebære at pasienten velger hvem som skal vurdere om vedkommende skal gis rett til nødvendig helsehjelp og hva hjelpen skal bestå i. I så fall vil den offentlige spesialisthelsetjenesten miste muligheten til å vurdere og prioritere pasienter i de tilfellene pasientene velger leverandører i ordningen for fritt behandlingsvalg. I tillegg er det en risiko for at private leverandører kan vektlegge økonomiske hensyn sterkere enn den offentlige helsetjenesten når de vurderer behovet for helsehjelp. Risikoen for overbehandling kan øke. Departementets vurdering er at denne løsningen ikke ivaretar målsettingen om å ha en sterk offentlig helsetjeneste som gir likeverdig tilgang og som prioriterer pasienter ut fra alvorlighets- og hastegrad. Innføring av rett til fritt behandlingsvalg allerede ved henvisning er derfor etter departementets vurdering ikke en god løsning.

En annen løsning er at retten først inntre etter at henvisningen er vurdert og det har gått en bestemt tid, for eksempel en måned, etter vurderingen. For eksempel at pasienten kan benytte en fritt behandlingsvalgleverandør først 1 måned etter at henvisningen er vurdert og pasienten er tildelt en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. En slik løsning vil kunne stimulere det offentlige helsevesenet til å tilby helsehjelpen raskere, enten i egne sykehus eller fra private gjennom bruk av anskaffelser, for å unngå tap av pasienter og inntekter.

På den annen side vil en slik løsning ha likhetstrekk med dagens fristbruddsordning, og ikke sette særlig *ytterligere* press på den offentlige helsetjenesten om å bli bedre og mer effektiv. Forskjellen vil være at fristbrudd i dag skjer etter at det er satt *individuelle*

*frister*, mens en rett til fritt behandlingsvalg etter en viss tid, vil inntre etter at en *generell frist* er overskredet. Det etableres dermed en ny juridisk frist som pasienter og sykehus må forholde seg til. Det innebærer et mer komplisert rettighetssystem, og følgelig også mer byråkrati. I tillegg vil pasientens valgmuligheter bli noe mer begrenset i perioden etter at retten til helsehjelp er avklart. Departementet vil derfor ikke foreslå at retten til fritt behandlingsvalg skal inntre en viss tid etter at henvisningen er vurdert.

En tredje løsning er at retten til fritt behandlingsvalg inntre ved 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. En slik løsning vil i større grad understøtte det offentlige ansvar for likeverdig tilgang til helsetjenester og en prioritering etter forventet nytte, kostnadseffektivitet og alvorlighets- og hastegrad. Det kan anføres at pasienten i så fall, sammenlignet med en løsning der retten inntre ved henvisningstidspunktet, må vente noe lengre før pasienten evt. kan benytte retten til fritt behandlingsvalg. Samtidig vil pasienten maksimalt måtte vente 10 dager, siden dette er fristen for vurdering.

I en slik modell forsterkes pasientenes valgmuligheter sammenlignet med i dag. Dersom pasienten er misfornøyd med tidspunktet og den juridiske fristen som er tildelt i den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan vedkommende velge å benytte en fritt behandlingsvalgsleverandør. Dersom pasienten ønsker å benytte et spesifikt privat tilbud kan pasienten velge dette i stedet for det offentlige sykehuset, så fremt det private tilbudet er med i fritt behandlingsvalgordningen.

Departementet mener at retten til å velge en fritt behandlingsleverandør bør inntre når henvisningen er vurdert. Det gir pasientene større og bedre valgmuligheter, setter ytterligere press på det offentlige helsevesenet om å yte bedre tjenester, samtidig som det fortsatt skal være det offentlige som styrer inngangsporten og sikrer likeverdig tilgang til den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Departementet vil derfor foreslå at retten til fritt behandlingsvalg inntre etter at pasienten er vurdert og har fått tildelt en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Retten til fritt behandlingsvalg vil komme i tillegg til fritt sykehusvalg. Pasienten kan i dag bruke [frittsykehusvalg.no](http://frittsykehusvalg.no) for å finne andre sykehus og behandlingssteder med kortere ventetid. Ved å innføre fritt behandlingsvalg vil pasientene kunne få flere private leverandører å velge i mellom.

Forslaget innebærer at pasienten ikke kan velge en fritt behandlingsvalgsleverandør fra det tidspunktet henvisningen sendes fra fastlegen. Pasienten må avvente at henvisningen vurderes av helsepersonell på det offentlige sykehuset, dvs. maksimalt 10 dager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 (ikke trådt i kraft). Når pasienten mottar svarbrev fra sykehuset, og får beskjed om at han eller hun er vurdert til å ha behov for nødvendig spesialisthelsetjeneste, kan pasienten velge å kontakte en fritt behandlingsvalgsleverandør. Dette forutsetter at det finnes fritt behandlingsvalgsleverandører som tilbyr den aktuelle behandlingen.

## 7.4 Hva skal retten til fritt behandlingsvalg omfatte?

### 7.4.1 Utvidet rett til å velge hvor helsehjelpen skal finne sted

I utgangspunktet kan man enkelt forklare forslaget om rett til fritt behandlingsvalg med at pasientene får en utvidet krets av leverandører som man kan velge å motta helsehjelpen fra. For pasientene vil forskjellen mellom retten til fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg fremstå som små. Det er også ønskelig. Det er et mål at pasientene skal oppleve å ha valgmuligheter uten at det er nødvendig å orientere seg i hvordan tilbudet er skaffet til veie. Det avgjørende er at pasientene merker et økt og mer mangfoldig tilbud.

Det sentrale i retten til fritt behandlingsvalg er at pasienten kan velge å oppsøke andre private tilbud enn de som er med i fritt sykehusvalg, etter at pasienten er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste og har fått en juridisk frist. Hensikten er å sette pasientene i sentrum, slik at de kan velge blant et større antall private leverandører uten å måtte få beskjed om at den private leverandøren har brukt opp volumet i avtalen med det regionale helseforetaket.

Retten til fritt sykehusvalg gir pasienter rett til å velge blant offentlige sykehus og institusjoner og private leverandører som har inngått avtale med regionale helseforetak. Begrensningen i valgmulighetene for pasientene ligger på to nivåer. For det første er det kun de private leverandørene som har vunnet anbudsprosesser som pasientene kan velge fra. For det andre har de private leverandørene volumbegrensninger i sine kontrakter. Det innebærer for eksempel at en pasient som ønsker å benytte seg av et privat tilbud fordi vedkommende er misfornøyd med å vente på et offentlig tilbud, kan bli nektet helsehjelp hos en privat leverandør selv om leverandøren rent faktisk er i stand til å gi pasienten et forsvarlig tilbud raskere. Avslaget kan enten være begrunnet i at leverandøren ikke har vunnet frem i anbudsrunder eller at volumet i kontrakten med det regionale helseforetaket er nådd.

Mange pasienter som har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp venter unødvendig lenge på å motta helsehjelpen, samtidig som det kan være ledig kapasitet hos private og ideelle leverandører. Departementet er bekymret for at dette kan undergrave legitimiteten til den offentlige helsetjenesten, og bidra til at en del pasienter velger å betale for helsehjelpen hos rent privatfinansierte leverandører. Dette vil bidra til et mer todelt helsevesen.

Ved å foreslå rett til fritt behandlingsvalg vil departementet utvide pasientenes mulighet til å velge fra og blant private leverandører, uavhengig av om leverandøren har avtale eller om volumet i avtalen er oppnådd. Det vil øke pasientenes valgmuligheter og kan bidra til redusert ventetid. Det vil også motvirke en uønsket utvikling av helprivate tilbud i helsevesenet. Retten til fritt behandlingsvalg vil gjelde i hele pasientforløpet, på samme måte som for fritt sykehusvalg, men med den begrensning at henvisningen må være vurdert og pasienten må være tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det innebærer at pasienter først kan velge å motta utredning på et offentlig sykehus, for senere å motta selve behandlingen hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Det er viktig å understreke at rettigheten må ses i sammenheng med forskrift om fritt behandlingsvalg som omtales i kapittel 8. For å kunne benytte rettigheten må det naturlig nok være

leverandører som både er gitt *adgang* og som *ønsker* å levere sine tjenester innenfor ordningen til de vilkårene som følger av forskriften.

#### **7.4.2 Særlig om skillet mellom frist til utredning og behandling**

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 understreke at fristen kan være enten til behandling eller til utredning.

Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller frist til behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. 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 i første omgang være utredning. Fristen skal da settes til når utredning senest skal igangsettes. Fristen vil være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt innen 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.

Tall fra Norsk pasientregister viser at om lag 80 prosent av de pasientene som henvises til somatisk spesialisthelsetjeneste har uavklarte tilstander som gjør at man basert på henvisning og supplerende informasjon ikke kan vite hvilken behandling de skal ha. Dette kan skyldes at en trenger spesialisthelsetjenestens kompetanse og utstyr for finne ut hva som er årsaken til pasientens uklare symptomer, at diagnosen er kjent, men det må ytterligere diagnostikk til for å kartlegge sykdommen godt nok til å fastslå behandling, eller at sykdommen er godt kartlagt, men andre tilstander (f. eks. hjerte eller lungesykdom) må kartlegges før man vet om det er riktig å gjennomføre f. eks. planlagt kirurgi.

Innen psykisk helsevern for voksne og for barn og unge er andelen henvisninger som er blitt vurdert av spesialisthelsetjenesten 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.

For det store flertall av pasienter innen somatikk er det altså slik at pasienten ikke får en diagnostisk avklaring hos henvisende lege, som så henviser til sykehus for å få utført en bestemt behandling. Det normale er at pasienter henvises til sykehus med en uavklart tilstand, eller en diagnose det er nødvendig å utrede videre før man kan fastslå hva behandlingen skal være. Rekkefølgen i prosessen fra symptom til behandling er:

- Et startsymptom eller tegn som får pasienten til å oppsøke lege, eks vondt i ryggen, tung pust, økende sosial dysfunksjon og manglende virkelighetsoppfatning, rødfarget



urin, nummenhet i bena med økende ustøhet. Hver enkelt av disse tilstandene kan skyldes en rekke helt forskjellig 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 hvor det er forsvarlig å gjennomføre behandlingen
- Gjennomføring av behandlingen.

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

Noen grupper henvises til sykehus fordi henvisende lege ikke har utstyr eller kompetanse til å diagnostisere, kartlegge og behandle.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern får derimot de fleste pasientene frist knyttet til behandling. Når det gjelder TSB, blir rusavhengige i utgangspunktet vurdert for deres rett til nødvendig helsehjelp og hvilken type behandling de anbefales å motta. Disse vurderingene er basert på en egen vurderingsveileder fra Helsedirektoratet der det er spesifiserte frister for de ulike tilstandene/lidelsene. I stor grad er vurderingsfunksjonen samordnet i den forstand at for eksempel all rettighetsvurdering av rusavhengige i hele opptaksområdet til OUS foretas av en felles vurderingsenhet. Helse Bergen har tilsvarende ansvar for rettighetsvurderinger innen TSB for hele helseforetaksområdet.

Et naturlig spørsmål er om retten til fritt behandlingsvalg skal gjelde både for pasienter som får rett og frist til utredning og for de pasientene som får rett og frist til behandling. Med andre ord er det spørsmål om pasienter med flertydige symptomer skal likestilles rettslig med pasienter som har en mer avklart tilstand. Det skal også nevnes at henvisningen er sentral med tanke på om pasienten får en juridisk frist knyttet til utredning eller frist til behandling. Jo bedre henvisningen er, jo større sannsynlighet er det for at den juridiske fristen kan knyttes til behandling, og ikke utredning.

De pasientene som får frist knyttet til behandling vil ha en mer avklart tilstand og det er enklere å avgjøre hvilken helsehjelp som skal kunne gis av en fritt behandlingsvalgleverandør. Samarbeidet mellom den offentlige helsetjenesten og de private og ideelle leverandører vil i liten grad påvirkes uheldig av eventuelle uenigheter om utredning og hvilken behandling pasienten skal ha.

En løsning hvor det bare er pasienter med rett til behandling som kan benytte fritt behandlingsvalg vil kunne fremstå som en urimelig forskjellsbehandling for de pasientene

som får en juridisk frist knyttet til utredning. Disse pasientene vil i så fall ikke få nytte godt av de utvidede valgmulighetene som fritt behandlingsvalg vil innebære.

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 er slik at det kun settes én juridisk frist, og at hovedvekten av pasientene får juridisk frist knyttet til utredning. For at disse pasientene skal kunne nytte godt av retten til fritt behandlingsvalg, ville det være naturlig å foreslå at spesialisthelsetjenesten skal sette en ny juridisk frist til behandling når utredningen er ferdig. 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 én gang vil innebære et mer komplisert juridisk rettighetssystem og nye administrative oppgaver for helsepersonellet på offentlig sykehus, administrative oppgaver som ikke kan sies å være nødvendige for å gi pasienten god og forsvarlig helsehjelp. Det taler mot en løsning hvor retten til fritt behandlingsvalg forbeholdes kun de pasienter som har fått frist til behandling.

Det er imidlertid også utfordringer knyttet til at private leverandører kan utrede pasienter. Det er blant annet en fare for overbehandling, da leverandøren kan ha et økonomisk insentiv for at utredningen skal resultere i et behov for behandling. Se nærmere omtale av dette temaet i kap. 9. 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 sykehuset og den private leverandøren. Det er 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. Det skal imidlertid påpekes at disse utfordringene også eksisterer i dag. Det er slik i dag at pasienter som har fått frist til utredning kan benytte private leverandører som har inngått avtale med regionale helseforetak, og fortsette behandlingen der så fremt leverandøren tilbyr den behandlingen pasienten har behov for. De private leverandørene er forpliktet til å følge samme prioriteringsregler og krav til forsvarlighet som ved offentlige sykehus. Faren for overbehandling, og det at dette vil skje i større grad hos private leverandører enn på offentlige sykehus, mener departementet ikke må overvurderes. Det er videre viktig at det stilles krav til forpliktelser om samarbeid for å få kunne yte gode pasientforløp også for fritt behandlingsvalgleverandører. Mer om dette i kapittel 8.

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 de pasientene som får frist knyttet til behandling.

Det vil være forskrift om fritt behandlingsvalg som fastsetter hvilke tjenester private leverandører kan tilby som 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 avklarte og veldefinerte tilstander. Mer om dette i kapittel 10.

## 7.5 Når opphører retten til fritt behandlingsvalg?

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 på institusjon. 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 medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13.

Når en pasient mottar helsehjelp hos en fritt behandlingsvalgleverandør, kan det oppstå situasjoner hvor leverandøren ikke er i stand til å yte all den spesialisthelsetjeneste som pasienten har behov for. Et eksempel kan være at leverandøren ikke har den kompetanse eller det helsepersonell som skal til for å gi pasienten et forsvarlig pasientforløp. Det vil si at leverandøren kun kan foreta deler av helsehjelpen i et pasientforløp, og pasienten må følgelig tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten for å få fullført forsvarlig helsehjelp. Det kan også tenkes at det i et pasientforløp oppstår behov for helsehjelp som fritt behandlingsvalgordningen ikke har en pris for. Det vil si at leverandøren ikke kan ta seg betalt for den helsehjelpen som pasienten har behov for i det videre forløp.

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 da pasienten ikke har behov for mer spesialisthelsetjeneste. For det andre kan pasienten bli sendt tilbake til kommunen fordi pasienten har behov for kommunal helse- og omsorgstjeneste. For det tredje kan pasienten ha behov for mer spesialisthelsetjeneste, men fritt behandlingsvalgsleverandøren kan ikke yte den hjelpen vedkommende har behov for. I et slikt tilfelle må fritt behandlingsvalgsleverandøren henvide pasienten tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Mer om denne problemstillingen under punkt 7.6.2.

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder følgelig i utgangspunktet så langt behovet for spesialisthelsetjeneste er til stede. Det er imidlertid en svært 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 disse vilkårene ikke er oppfylt, må pasienten henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten for det videre pasientforløpet.

## **7.6 Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter med mer.**

### **7.6.1 Rett til fritt sykehusvalg**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir som nevnt pasienter rett til fritt sykehusvalg på landsbasis. Retten gjelder alle offentlige sykehus og institusjoner, samt alle private sykehus og institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak.

For pasientene vil hovedforskjellen mellom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg være når rettigheten inntreffer. Fritt sykehusvalg kan benyttes allerede fra henvisningstidspunktet, mens retten til fritt behandlingsvalg foreslås å inntreffe etter at pasienten er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Det sentrale i retten til fritt behandlingsvalg er som nevnt at pasientene skal kunne velge å oppsøke andre private tilbud enn de som er med i fritt sykehusvalg, etter at pasienten er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste og har fått en juridisk frist for oppstart av utredning eller behandling. Ved at pasientene kan velge blant et større antall private leverandører, vil sjansen for å få beskjed om at den private leverandøren har brukt opp volumet i avtalen med det regionale helseforetaket bli mindre.

I dag kan pasientene finne informasjon om hvordan de kan velge eller bytte behandlingssted hos fastlegen, på [frittsykehusvalg.no](http://frittsykehusvalg.no) eller gjennom pasientrådgivertelefonen. Departementet tar sikte på at leverandører i ordningen med fritt behandlingsvalg, og informasjon om disse, skal tas inn på samme nettside som fritt sykehusvalg. Forskjellene mellom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg må forklares i den utstrekning det er nyttig for pasientene. Informasjon om forventede ventetider hos fritt behandlingsvalgleverandører kan også publiseres her. For at fritt behandlingsvalg skal være et reelt alternativ for pasientene er det avgjørende at informasjonen er god og brukervennlig.

Det er også viktig å presisere at den samme private eller ideelle leverandøren kan være med både i fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Departementet ønsker en offensiv satsing på anbud, og følgelig vil flere private leverandører kunne inngå i fritt sykehusvalg framover. Det vil innebære at mange potensielle fritt behandlingsvalgleverandører i utgangspunktet vil levere tjenester til pasienter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste gjennom fritt sykehusvalg. Dersom disse leverandørene har kapasitet utover de volumene som ligger i avtalen med det regionale helseforetaket, kan de søke om å få tilby denne ledige kapasiteten gjennom fritt behandlingsvalg. Mer om dette i punkt 8.6.

Det at en privat leverandør både leverer sine tjenester gjennom fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg vil være vanskelig å forstå for pasientene, men dette skillet er ikke nødvendigvis viktig for pasientene. Det sentrale er at pasientene får vite hvilke valgmuligheter de har på de ulike trinnene i pasientforløpet. Det er derfor viktig at informasjon 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.

Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i arbeidet med forskriften om fritt behandlingsvalg.

### **7.6.2 Rett til informasjon og medvirkning**

Innføring av fritt behandlingsvalg vil som nevnt gi pasientene flere valgmuligheter for hvor de kan motta helsehjelp. Samtidig kan det være forskjeller mellom ulike pasienters mulighet og kompetanse til å nyttiggjøre seg den økte valgfriheten. Det er ikke et argument mot mer valgfrihet, men understreker betydningen av god informasjon og en tilgjengelig rådgivningstjeneste for å sikre mest mulig reell valgfrihet for alle pasientene.

Med forslaget om rett til fritt behandlingsvalg vil det oppstå to tidspunkter hvor det er særskilt viktig med god informasjon til pasienten. For det første er det viktig at pasienten får god informasjon om sine rettigheter og valgmuligheter når henvisningen sendes til spesialisthelsetjenesten. I denne fasen har fastlegen en nøkkelrolle. I fastlegeforskriften § 24 fremgår det at fastlegen skal skrive henvisningen på en slik måte at den gir nødvendig informasjon for mottaker og slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling.

For det andre er det viktig at sykehuset, når henvisningen er vurdert og pasienten er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, informerer om hvilke muligheter pasienten har for det videre forløpet. Pasienten må få informasjon om både fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, og hva disse rettighetene innebærer for pasienten. Det er også viktig at pasienten gis god informasjon om hvordan sykehuset ser for seg pasientforløpet på det sykehuset som har vurdert henvisningen.

Det er derfor viktig at sykehuset allerede når henvisningen er vurdert gir pasienten presis informasjon om når helsehjelpen skal igangsettes, og da helst med en time for oppmøte og informasjon om videre forløp.

Pasientens rett til medvirkning og informasjon er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. En annen side av informasjonen enn hvilke valgmuligheter man har med tanke på *hvor* helsehjelpen skal mottas, er informasjon om *innholdet* i den helsehjelpen man skal motta. For eksempel er det regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulig risiko og bivirkninger.

Uavhengig av hvor helsehjelpen gis, er også retten til medvirkning en sentral pasientrettighet. Det følger for eksempel av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, inkludert rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 vil også gjelde overfor leverandører i fritt behandlingsvalg. Det er viktig at rettighetene til pasientene ikke innsnevres dersom man velger å benytte en fritt behandlingsvalgleverandør.

Leverandørene vil derfor være forpliktet til å følge de samme reglene som gjelder for den offentlige spesialisthelsetjenesten, dersom ikke annet uttrykkelig framgår.

### **7.6.3 Rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal gis - fristbruddsordningen**

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi helsehjelp innen den juridiske fristen som er gitt pasienten, har sykehuset plikt til å kontakte HELFO (lovbestemmelsen er ikke trådt i kraft). Meldeplikten gjelder ikke bare når fristbrudd oppstår, men allerede når sykehuset ser at fristen ikke kan overholdes. Plikten til å kontakte HELFO kan dermed allerede oppstå på det tidspunktet fristen settes, dersom sykehuset allerede da ser at det ikke kan tilby pasienten et tidspunkt for oppmøte som er innenfor fristen. Denne plikten innebærer at spesialisthelsetjenesten må ha særlig oppmerksomhet på at ventelistene er oppdaterte til enhver tid, og at alle pasienter har et tidspunkt å forholde seg til som er innenfor fristen.

HELFO skal på sin side, ved varsel om fristbrudd fra spesialisthelsetjenesten, kontakte pasienten for å høre om vedkommende er interessert i å få et alternativt tilbud. Det er pasienten som skal ta stilling til om han eller hun ønsker å benytte seg av det tilbudet HELFO fremskaffer, men i de tilfellene der HELFO ikke får tak i pasienten, må HELFO likevel starte arbeidet med å finne alternativt behandlingssted. HELFO må tilstrebe å få kontakt med pasienten, slik at pasienten kan gi uttrykk for hva han eller hun ønsker.

Dersom fristbrudd oppstår, har pasienten i dag i realiteten to valgmuligheter. For det første kan pasienten velge å bli stående på venteliste hos det opprinnelige sykehuset. Ved å bli stående på venteliste utover fristbruddstidspunktet, vil pasienten i realiteten kunne oppleve å få uforsvarlig helsehjelp. Dette må det imidlertid være opp til pasienten å bestemme, forutsatt at informasjonen har vært god. Det skal også nevnes at det ikke nødvendigvis er uforsvarlig å vente utover fastsatt frist. 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.

Det andre alternativet pasienten i dag har, er å benytte tilbudet som HELFO fremskaffer. Det innebærer at pasienten får helsehjelp på et annet sykehus, eventuelt et sykehus som HELFO har avtale med eller gjør et direktekjøp fra. Regningen for denne behandlingen sendes til RHF, i praksis helseforetaket, som hadde ansvaret for pasienten frem til fristbruddet.

Ved innføring av fritt behandlingsvalg vil pasienten i tillegg kunne oppsøke en fritt behandlingsvalgsleverandør. Da takker i tilfelle pasienten nei til tilbudet fra HELFO. Selv om pasienten i realitet kunne valgt å oppsøke denne leverandøren allerede etter at henvisningen var vurdert, ser ikke departementet noen grunn til at pasienten ikke skal kunne velge en fritt behandlingsvalgsleverandør også etter fristbrudd. På hvilket tidspunkt pasienter i fritt behandlingsvalg skal tas av ventelisten, og hvem som skal ha ansvar for å ta pasienten av ventelisten vurderes nærmere i punkt 8.10.

Forslaget om fritt behandlingsvalg kan bidra til at antall fristbrudd reduseres. Det er to momenter som kan tilsi en slik utvikling. For det første innebærer fritt behandlingsvalg at pasienter som føler at det tidspunktet og den fristen de er blitt tildelt er for lang, får muligheten til å benytte seg av retten til å velge å få helsehjelpen andre steder istedenfor å vente på at fristbrudd oppstår. For det andre kan fritt behandlingsvalg stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Tallene viser også at man de siste årene har hatt en betydelig nedgang i antall fristbrudd. Ved å gi insentiver til de offentlige sykehusene om å bli mer effektive, må man kunne anta at denne utviklingen vil fortsette.

Selv om antall fristbrudd kan reduseres som følge av blant annet innføringen av fritt behandlingsvalg, og selv om målet er at det ikke skal forekomme fristbrudd, vil departementet ikke foreslå å oppheve denne pasientrettigheten. Retten til å få et tilbud ved fristbrudd er en sentral pasientrettighet som gir pasientene en garanti om forsvarlig helsehjelp.

Et annet spørsmål er om pasienten bør beholde den juridiske fristen når han eller hun velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Det kan oppstå situasjoner hvor det oppstår fristbrudd også når pasienten velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør. Departementet er av den oppfatning 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 juridiske fristen er gått ut. Det kan med andre ord stilles spørsmål ved hvor reell denne problemstillingen vil være.

Dersom pasienter skal beholde den juridiske fristen også etter å ha oppsøkt en fritt behandlingsvalgsleverandør vil det reise spørsmål om hvem som er ansvarlig for eventuelle fristbrudd, herunder hvem som skal bære kostnaden ved det tilbudet HELFO eventuelt fremskaffer. Det er viktig at ansvaret for fristbrudd er tydelig definert.

For det første antar departementet at denne situasjonen vil oppstå i få tilfeller. For det andre er det på samme måte som ved fristbrudd i det offentlige adgang til å stå på venteliste også utover fristbrudd dersom det er pasientens ønske. Pasienter som velger å oppsøke en fritt behandlingsleverandør gjør det enten fordi vedkommende mener ventetiden i det offentlige er for lang, eller fordi vedkommende ønsker å motta helsehjelpen hos en bestemt leverandør.

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

#### **7.6.4 Hvem har ansvaret for pasienten i forløpet – kravet til forsvarlighet**

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

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, og utøvelsen av sørge-for-ansvaret kan bli mer komplisert.

På den annen side vil departementet understreke at målsettingen ikke er at flest mulig pasienter skal velge fritt behandlingsvalg. En viktig målsetting er å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. Fritt behandlingsvalg setter pasienten i sentrum, og gir pasienten rett til å velge private leverandører når vedkommende er misfornøyd med ventetiden eller av andre grunner ønsker å oppsøke private tilbud. Ordningen gir med andre ord et insentiv til de regionale helseforetakene til å sørge for at helseforetakene møter den utfordringen som de private helseleverandørene og fritt behandlingsvalg vil medføre. Jo bedre kvalitet og mindre ventetid det offentlige helsetilbudet gir, jo mindre sannsynlig vil det være at pasienter velger å oppsøke private tilbud gjennom fritt behandlingsvalg.

På individnivå er det helseforetaket som henvisningen er sendt til som er ansvarlig for at pasienten gis forsvarlig helsehjelp og et forsvarlig pasientforløp. Dersom pasienten velger å benytte fritt sykehusvalg, vil det være den helseinstitusjonen som til enhver tid har pasienten hos seg til utredning og behandling som har ansvaret for pasienten. I det ansvaret ligger også å henvise pasienten videre når dette er nødvendig, og forsikre seg om at dette skjer. De regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene settes i stand til å ivareta dette ansvaret, og også sørge for at private leverandører som inngår avtale med den offentlige både settes i stand til å ivareta og faktisk ivaretar dette ansvaret på individnivå.

Når en pasient velger å motta helsehjelpen hos en fritt behandlingsvalgleverandør, blir det et spørsmål om hvilket ansvar som påligger det regionale helseforetaket og det helseforetaket som har mottatt henvisningen. For det første, det regionale helseforetaket vil ikke ha et ansvar for fritt behandlingsvalgleverandørene. Kravene og oppfølging av fritt behandlingsvalgleverandørene, utover de plikter som allerede ligger i lovgivningen, skal skje gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg. For det andre, når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør, vil denne leverandøren overta ansvaret for pasienten fra helseforetaket. Det innebærer at når ansvaret overføres er det fritt



behandlingsvalgleverandøren som er ansvarlig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp, og å henvise pasienten videre når dette er nødvendig.

Dette vil altså gjelde på samme måte som det i dag gjelder ved fritt sykehusvalg, men med den forskjellen at det regionale helseforetaket ikke har et overordnet ansvar for fritt behandlingsvalgleverandørene. Det innebærer likevel ikke at det ikke skal stilles krav til fritt behandlingsleverandørene. Det er avgjørende å sikre at pasientene også får forsvarlig helsehjelp hos fritt behandlingsvalgleverandører. I stedet for at dette reguleres gjennom avtale mellom et regionalt helseforetak og en privat leverandør slik det gjøres i fritt sykehusvalg, skal dette gjøres gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg. Mer om dette i kapittel 8.

### **7.6.5 Rett til fornyet vurdering**

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. 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 et spørsmål om pasienten kan kreve fornyet vurdering også ved utredning og behandling hos fritt behandlingsvalgleverandører. Departementet kan imidlertid ikke se at det rent faktisk er et behov for en slik mulighet. Når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør istedenfor å bruke det offentlige tilbudet, så har den private leverandørene i utgangspunktet to muligheter. Enten å tilby den helsehjelpen pasienten har behov for, så fremt leverandøren er godkjent for å yte slik helsehjelp etter forskrift om fritt behandlingsvalg, eller å avvise pasienten fordi leverandører 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 som pasienten har behov for. Det har derfor liten hensikt å åpne for at pasienten skal kunne be om en fornyet vurdering av den medisinske helsetilstanden. Det er et spørsmål som det offentlige sykehuset skal ta stilling til ved vurdering av henvisningen. Det innebærer at departementet ikke vil foreslå at pasienter skal ha rett til å be om fornyet vurdering hos en fritt behandlingsvalgleverandør.

### **7.6.6 Rett til individuell plan**

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Når pasienter har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan lagt til kommunen.

Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, er det helseforetaket som skal utarbeide en individuell plan for de pasientene som har behov for langvarige og koordinerte tilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Helseforetaket er forpliktet til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Med forslaget om å innføre fritt behandlingsvalg blir spørsmålet om pasienter med rett til individuell plan kan kreve at disse rettighetene oppfylles samtidig. Selv om pasienten velger å la seg behandle hos en fritt behandlingsvalgleverandør, kan det hevdes at pasienten også bør få utarbeidet en individuell plan som både den private leverandøren og det offentlige helsevesenet skal forholde seg til.

Et av hovedformålene med individuell plan er å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til pasienter og brukere. Disse formålene blir utfordret og vanskeligere å oppnå når pasienter velger å motta helsehjelpen utenfor det offentlige helsevesenet. Departementet er usikker på om retten til individuell plan og retten til fritt behandlingsvalg i praksis lar seg gjennomføre samtidig, og ber høringsinstansene særlig om å kommentere dette spørsmålet. Det vil si om retten til individuell plan også skal gjelde dersom pasienten velger å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg.

### **7.6.7 Rett til syketransport**

Departementet legger til grunn at de samme reglene som gjelder for rett til syketransport ved fritt sykehusvalg skal gjelde ved fritt behandlingsvalg.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd bestemmer at ”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”.

Departementets forslag er at HELFO skal administrere utbetalingene til de tjenesteyterne som omfattes av ordningen for fritt behandlingsvalg. HELFOs samlede utbetalinger skal imidlertid dekkes av de regionale helseforetakene. Det bør være av underordnet betydning om foretakene faktisk forestår betalingen når utgiftene til slutt dekkes over foretakenes budsjetter. Dette støttes av hensynet bak gjeldende lovregulering. Lovens begrensning om kun å dekke reiseutgifter til helsetjenester som dekkes av foretak har som formål å avgrense mot reiser til privat finansierte helsetjenester. Pasientenes reiser skal bare dekkes når offentlig finansierte helsetjenester oppsøkes. Den foreslåtte ordningen med fritt behandlingsvalg er en ny måte å sikre pasientene offentlig finansierte helsetjenester.

På denne bakgrunn anser departementet at tjenester som kommer til å omfattes av ordningen med fritt behandlingsvalg vil ”dekkes av et foretak”, og slik oppfylle vilkårene for dekning av pasientreiser etter pasientrettighetslov § 2-6 første ledd. Det er derfor etter departementets oppfatning ikke nødvendig å foreslå endring av loven på dette punkt

Departementet arbeider med en forenkling av regelverket for syketransport.

Regelverksforenklingen er knyttet til de tilfeller hvor pasienten selv dekker reiseutgiftene, og i etterkant søker Pasientreisekontoret/RHF om dekning av kostnadene i henhold til

gjeldende regelverk (denne reiseformen omtales som for reiser uten rekvisisjon). Departementet tar sikte på å sende ut et høringsnotat når dette arbeidet er kommet lengre.

## 7.7 Oppsummering

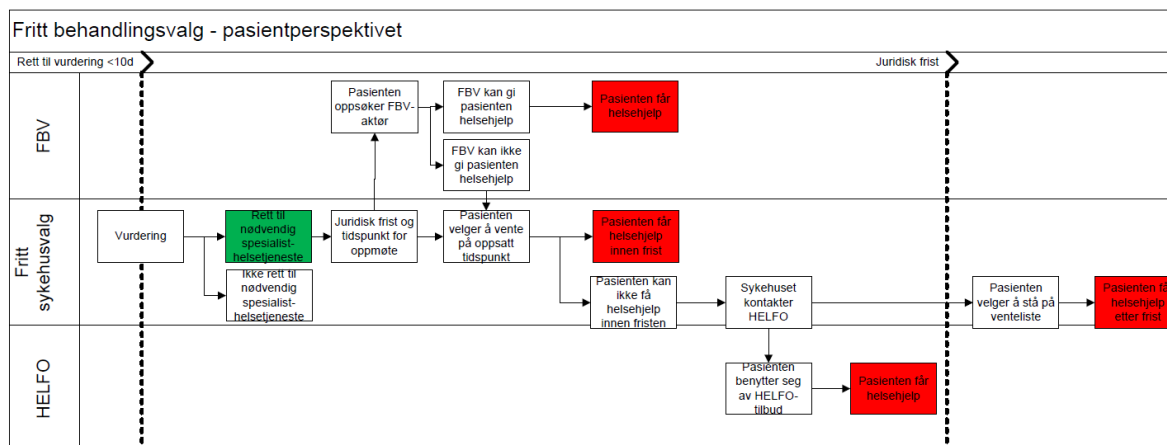
Retten til fritt behandlingsvalg vil innebære følgende hovedelementer:

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

Beskrivelsen i dette kapittelet har vært en generell fremstilling av pasientens rettigheter i en ordning der fritt behandlingsvalg er innført. Rettighetene må ses i sammenheng med forskrift om fritt behandlingsvalg som omtales i kapittel 8 hvor de private leverandørenes rett til å levere gjennom fritt behandlingsvalg omtales. For å kunne benytte rettigheten må det naturlig nok være leverandører som er gitt adgang til å levere sine tjenester innenfor ordningen.

Ordningen med fritt behandlingsvalg er først tenkt innført for døgntjenester innenfor psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), samt noe somatikk. Det innebærer at det er disse pasientgruppene som vil få muligheten til å benytte seg av retten til fritt behandlingsvalg først. Andre pasientgrupper vil først på sikt få muligheten til å velge fritt behandlingsvalgleverandører etter hvert som ordningen utvides.

Nedenfor er en forenklet illustrasjon av hvilke valgmuligheter pasienter vil ha i et system med fritt behandlingsvalg:



## **8 Fritt behandlingsvalg – behov for forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven for nærmere regulering av godkjenningsordningen**

### **8.1 Innledning**

I dette kapitlet vil det bli redegjort for behovet for en rettslig regulering av ordningen med fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg innebærer at det må etableres en nasjonal ordning som regulerer forholdet mellom det offentlige og de private leverandørene som ønsker å tilby sine tjenester til pasienter gjennom fritt behandlingsvalg. Slik departementet vurderer det, er det behov for å regulere krav som er vesentlige for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet, finansiering, søknadsprosedyrer mv.

Det vil bli redegjort noe nærmere for en del av de kravene m.v. som bør fremgå av en forskrift om fritt behandlingsvalg, for eksempel om krav til registrering og rapportering, krav til kompetanse, rutiner og metoder og om finansiering (pris), samt forvaltning av ordningen.

I denne omgang foreslås en bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel for å forskriftsregulere de ulike kravene. Selve forslaget til forskrift vil bli sendt på egen høring etter at forslagene i dette høringsnotatet er behandlet av Stortinget forutsatt at disse får tilslutning.

### **8.2 Fritt behandlingsvalg – behovet for rettslig regulering av forholdet mellom det offentlige og de private leverandørene**

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 osv. Slik sett er det ikke behov for en rettslig regulering utover denne avtalen, da avtalen skal regulere forholdet mellom partene.

Denne avtalemekanismen er ikke til stede i fritt behandlingsvalg. Det innebærer at man må finne andre løsninger for å regulere forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandør. Spørsmålet er hvordan dette forholdet skal reguleres.

Det kan tenkes ulike løsninger, og løsningene vil blant annet avhenge av hvilke behov og interesser man er opptatt av å sikre. Det vil være en avveining mellom det å stille detaljerte krav og det å skape en enkel og lite byråkratisk ordning.

En minimumsløsning er kun å regulere prisen på tjenestene som kan leveres gjennom fritt behandlingsvalg, altså kun en regulering av finansieringen i ordningen. Prisen må imidlertid uansett reguleres. Uten en pris vil det ikke være mulig for private leverandører å vite hvilken betaling man får for en gitt tjeneste. En eller annen form for regulering av finansiering og hvordan den skal skje, er altså et minimum av hva som må reguleres for å innføre fritt behandlingsvalg.

En løsning hvor man kun regulerer pris vil innebære at alle private leverandører kan levere til den fastsatte prisen, og at det ikke stilles spesifikke krav utover dette. De private leverandørene vil da måtte overholde de samme lov- og forskriftskrav som de gjør i dag, som for eksempel spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven som i all hovedsak også gjelder for private uavhengig av om disse har avtale med det offentlige eller ikke. Det som taler for en slik løsning er at den gir et absolutt minimum av administrasjon. Det eneste kravet til den private leverandøren vil i en slik løsning være å dokumentere at det er gitt behandling til en pasient som har oppfylt vilkårene for å få rett til fritt behandlingsvalg. En instans må kontrollere denne dokumentasjonen, og dersom dokumentasjonen stemmer, deretter betale ut den fastsatte prisen til leverandøren.

En slik enkel minimumsløsning vil imidlertid ikke departementet foreslå. Det er flere grunner til dette. For det første vil en slik enkel løsning ikke gi en oversikt over hvilke leverandører som faktisk yter tjenester gjennom fritt behandlingsvalg. Et av formålene er at pasientenes valgmuligheter skal utvides. Dersom leverandørene ikke er kjent for det offentlige, vil det være umulig å iverksette tiltak som gjør at pasientene kan få informasjon om hvilke leverandører som kan benyttes, for eksempel gjennom nettsider som frittsykehusvalg.no. Det er således en forutsetning at leverandørene tilkjennegir at de ønsker å levere tjenester til pasienter som har rett til fritt behandlingsvalg. For det andre mener departementet at det også bør stilles en del krav blant annet for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet for de pasientene som velger å benytte seg av ordningen. Siden fritt behandlingsvalg ikke baserer seg på avtaler som følge av anbud, må disse kravene fremgå av enten lov- eller forskrift.

Det er altså et behov for en rettslig regulering av denne ordningen. Spørsmålet blir da hvordan man skal regulere dette. Departementet ser det som naturlig å foreslå en forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. En regulering gjennom forskrift vil etter departementets vurderinger være best egnet for å innføre ordningen. Det vil være behov for å gjøre en del endringer underveis, for eksempel når det gjelder prising, som tilsier at forskrift bør velges som reguleringsmåte. Departementet vil derfor foreslå at det gis en hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om ordningen med fritt behandlingsvalg.

## **8.3 Krav som kan stilles til leverandører i forskrift om fritt behandlingsvalg**

### **8.3.1 Innledning**

Som nevnt ovenfor er det avveining mellom det å stille detaljerte krav for å sikre gode helsetjenester og det å skape en enkel og lite byråkratisk ordning. I de følgende punktene vil departementet gi en foreløpig vurdering av hvilke krav det vil være aktuelt å stille i en forskrift om fritt behandlingsvalg. Det kan på overordnet nivå sies at krav av mer objektiv karakter krever mindre administrasjon og er enklere å håndtere. Krav av mer helsepolitisk karakter vil kreve mer administrasjon, da det utløser et behov for å gjøre mer konkrete vurderinger som igjen krever anvendelse av skjønn.

Det er viktig å påpeke at dette er en foreløpig vurdering av hvilke krav som kan stilles i en forskrift om fritt behandlingsvalg. Selve forslaget til forskrift, med nærmere vurderinger av disse kravene m.v., vil bli sendt på egen høring etter at forslagene i dette høringsnotatet er behandlet av Stortinget, forutsatt at forslagene til lovendringer får tilslutning.

Videre er det viktig å påpeke at det stilles en rekke lov- og forskriftskrav til private leverandører allerede i dag, og det uavhengig av om den private leverandøren har avtale med det offentlige eller ikke. For eksempel gjelder både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven i all hovedsak for private. Det gjelder for eksempel plikten til å drive forsvarlig og å ha fungerende internkontrollsystemer. Det innebærer at når departementet i det følgende gir eksempler på aktuelle krav som kan stilles i en forskrift om fritt behandlingsvalg, vil det være andre og mer detaljerte krav enn de som allerede følger av dagens lovgivning. Departementet ser ikke for seg en dobbeltregulering av krav som allerede gjelder i dag for private leverandører i forskrift om fritt behandlingsvalg.

### **8.3.2 Krav av objektiv karakter**

Tekniske krav, for eksempel krav til registrering og rapportering av data, elektronisk samhandling og krav til kvalitet, så som kompetanse, rutiner og metoder, er eksempler på krav av objektiv karakter som vil være med å sikre likebehandling av de private virksomhetene som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

Private leverandører som skal levere helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, bør etter departementets vurdering stilles overfor de samme krav til dokumentasjon av aktivitet og kvalitet som de offentlige sykehusene og private sykehus med avtale. Rapporteringskrav og tekniske forhold som må være oppfylt, vil derfor bygge på rapporteringskrav m.v. på lik linje med det som i dag stilles til offentlige sykehus og i allerede eksisterende avtaler som er inngått med private leverandører.

Krav som kan stilles til registrering, rapportering m.v. kan for eksempel være at:

- leverandørene til enhver tid skal ha oversikt over aktivitet,
- leverandørene, på det tidspunktet en behandling starter opp, skal melde fra til den virksomheten der pasienten står på venteliste,
- leverandørene skal sende rapport til NPR over pasienter som er behandlet,

- leverandørene skal ha oversikt over dødsfall, pasientskader m.v., og umiddelbart varsle Statens helsetilsyn eller Kunnskapssenteret 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 tilsynsmyndighetene skal kunne foreta stikkprøvekontroller i forbindelse med det økonomiske oppgjøret,
- tjenesten skal leveres til en fastsatt pris og
- virksomheten skal stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell ved behov.

Krav som kan stilles til kvalitet kan for eksempel være at:

- virksomheten skal ha nødvendig spesialistbemanning, vaktordninger m.v.,
- leverandørene skal avgi dokumentasjon over pasienttilfredshet og rapportere på nasjonale kvalitetsindikatorer og 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.

### **8.3.3 Krav av skjønnsmessig karakter – helsepolitiske hensyn**

Det er et offentlig ansvar å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Det fremgår i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnende ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det innebærer at befolkningen skal sikres gode og likeverdige tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, alder, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det innebærer også at myndighetene må kunne dimensjonere og innrette tjenesten i tråd med befolkningens samlede behov.

Departementet vil derfor i arbeidet med forskriften om fritt behandlingsvalg, vurdere om det bør åpnes for at det kan legges vekt på behovet for å sikre at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester ved vurderingen av en godkjenningssøknad.

Det kan være aktuelt at det offentlige i vurderingen av en søknad om etablering innenfor fritt behandlingsvalgordningen må kunne legge vekt på total kapasitet, tilgang til spesialistpersonell og geografisk ulikhet i tilbudet. Mulige grunner til å avslå en søknad eller ikke å fornye en godkjenning kan i så fall være at den private virksomheten legger beslag på helsepersonellgrupper det er knapphet på, at det blir for sterk opphopning av privat virksomhet i ett område som gjør det vanskelig å planlegge og dimensjonere det offentlige helsetjenestetilbudet eller at det har oppstått andre uheldige virkninger ved etableringen av en eller flere fritt behandlingsvalgvirksomheter. Det kan for eksempel være ønskelig at det finnes et tilbud om fritt behandlingsvalg for en viss helsetjeneste innenfor hver av helseregionene.

For å sikre forutsigbarhet for fritt behandlingsvalgleverandørene, må slike samfunnsmessige hensyn konkretiseres i den grad det er mulig. Det vil likevel innebære utøvelse av skjønn hvis denne typen hensyn skal kunne legges til grunn for en

godkjenning. Innhenting av faglige råd i forbindelse med godkjenningsvurderingen vil være en viktig del av faktagrunnlaget for godkjenningsmyndighetens avgjørelse. Nærmere vurderinger av de samfunnsmessige hensynene som eventuelt skal kunne legges til grunn ved vurdering av fritt behandlingsvalgleverandører, vil departementet komme tilbake til i høringen av forskrift om fritt behandlingsvalg. Det er departementets vurdering at forskriftshjemmelen som foreslås i dette høringsnotatet bør ha en utforming som gir departementet myndighet til å kunne gi forskriftsbestemmelser med krav av skjønsmessig karakter.

Eksempler på samfunnsmessige krav kan være:

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

Dersom det stilles krav av mer skjønsmessig karakter i forskriften, vil det føre til økte administrasjonskostnader for helsemyndighetene ved at selve prosessen vil bli mer omfattende enn om kravene som stilles kun er av objektiv karakter.

## **8.4 Hvordan skal private leverandører få anledning til å delta i ordningen?**

Departementet vil som nevnt ovenfor stille noen krav for at private leverandører skal kunne tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg. Det innebærer at en instans må vurdere om vilkårene er oppfylt i det enkelte tilfellet, og at de private leverandørene må tilkjennegi at de ønsker å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg og gi nødvendig informasjon slik at denne instansen kan vurdere om vilkårene er oppfylt.

Departementet ser for seg at Helsedirektoratet skal forvalte ordningen. Mer om dette under punkt 8.7. Det er da også naturlig at Helsedirektoratet gis i oppgave å vurdere søknader fra private leverandører som ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg.

Departementet vil i forbindelse med høringen av forskriften om fritt behandlingsvalg redegjøre nærmere for hvordan man ser for seg en slik søknadsprosess, for eksempel om man kun må søke én gang eller om man må søke hver gang man ønsker å tilby en ny tjeneste. Hovedtrekkene er imidlertid at private leverandører som ønsker å tilby tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, må sende en søknad og dokumentere at man oppfyller vilkårene som fremgår av forskriften om fritt behandlingsvalg for å kunne delta.

Helsedirektoratet vil deretter gjøre en vurdering av søknaden ut fra de vilkårene som følger av forskriften, og vil innvilge eller avslå søknaden. Når det gjelder hvilke vilkår Helsedirektoratet skal vurdere, gis det en del eksempler på aktuelle vilkår under 8.3.2 og 8.3.3. For eksempel kan det være et vilkår at den private leverandøren som søker ikke skal svekke den geografiske og helsefaglige spredningen av helsetjenesten. Et annet vilkår kan



være at den private leverandøren må dokumentere at virksomheten har nødvendig spesialistbemanning.

## **8.5 Rettigheter og plikter for fritt behandlingsvalgleverandørene**

For private leverandører av helsetjenester er det slik i dag at det er frivillig om de ønsker å inngå i anbudsprosesser med det offentlige, eller om de ønsker å henvende seg til et helprivat marked. Det samme prinsippet vil gjelde også for fritt behandlingsvalg. Det vil være opp til den enkelte aktør om man ønsker å søke om og få anledning til å tilby sine tjenester gjennom ordningen.

Det er imidlertid en viktig forskjell mellom anbud og fritt behandlingsvalg. De private leverandørene kan ved anbud tilpasse sine tilbud og stille krav i avtalen med det offentlige. For eksempel vil en privat leverandør gjennom anbud kunne bestemme hvilken pris de ønsker for sine tjenester. Og de regionale helseforetakene kan på sin side avvise å inngå kontrakt med en privat leverandør fordi prisen er for høy sett hen til andre som har inngitt tilbud. I fritt behandlingsvalg vil det være fastsatte priser for definerte tjenester. Videre vil andre krav som stilles i forskriften til de private leverandørene være fastsatt på forhånd. De kan ikke forhandles eller endres på. Dersom en privat leverandør ønsker å tilby tjenester gjennom fritt behandlingsvalg må leverandøren akseptere de vilkårene som følger av forskriften.

Det innebærer at når en privat leverandør søker om å delta i ordningen, og Helsedirektoratet innvilger den private leverandøren en slik rett, er leverandøren forpliktet til å følge vilkårene som følger av forskriften. Departementet vil også foreslå en bestemmelse som gir Helsedirektoratet mulighet til å inndra retten til å tilby tjenester gjennom ordningen dersom forpliktelsene som følger av forskriften ikke blir fulgt.

På den andre siden vil private leverandører som ønsker å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg få en sentral rettighet, nemlig retten til å levere tjenester til den prisen departementet til enhver tid fastsetter for den aktuelle tjenesten. Til forskjell fra ved anbudsinnngåelser med private, vil denne retten ikke ha en volumbegrensning. Det innebærer at når først en leverandør gis adgang til å tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, kan denne leverandøren yte tjenester til alle pasienter som ønsker å motta helsehjelpen der, så fremt det finnes en pris for de tjenestene den enkelte pasient har behov for. For nærmere omtale av priser og prinsipper for prisfastsettelse, se kapittel 10.

En annen sentral rettighet de private leverandørene vil ha i denne ordningen, er å be om å bli vurdert til å kunne tilby sine tjenester gjennom fritt behandlingsvalg. Alle private leverandører vil i utgangspunktet få den muligheten, se punkt 8.6. Videre vil det også bli gitt en klageadgang, jf. punkt 8.7.

Når det gjelder hvilke plikter som vil påligge leverandører som blir innvilget rett til å levere tjenester i ordningen, er noen aktuelle nevnt under punkt 8.3.2. For eksempel vil et krav være at den private leverandøren skal sende rapport til NPR over pasienter som er behandlet. Et annet krav departementet ser for seg å stille er at den private leverandøren skal stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell ved behov.

## 8.6 Hvilke aktører vil være aktuelle for fritt behandlingsvalg?

I utgangspunktet er det tenkt at alle *private* skal kunne få anledning til å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen dersom de tilfredsstillt kravene som vil bli stilt til slike virksomheter i en forskrift. Hvilke aktører som skal kunne levere tjenester i fritt behandlingsvalg vil bli regulert i forskrift om fritt behandlingsvalg. I det nedenstående vil departementet se nærmere på hvilke typer virksomheter som leverer spesialisthelsetjenester, og gi en vurdering av om disse skal kunne levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg.

Siden dette skal være en ordning for private til å kunne levere helsetjenester gjennom en helt ny ordning, vil helseforetakene falle utenfor ordningen i kraft av at de er offentlige. Formålet med fritt behandlingsvalg er blant annet å mobilisere ledig kapasitet i privat sektor og fungere som et korrektiv til de offentlige sykehusene.

De diakonale sykehusene (Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen) har gjennom driftsavtaler inngått et tett og forpliktende samarbeid med de regionale helseforetak. 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 disse sykehusene som offentlige. Dette fremgår av forarbeidene til pasientrettighetsloven og av Ot.prp. nr. 63 (2002-2004) s. 15. Det fremgår også av Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) s. 87. Disse sykehusene har ikke vært kommersielt drevet og inngikk tidligere i de fylkeskommunale og regionale helseplanene. Disse sykehusene kan også tildele pasient- og brukerrettigheter. På samme måte som for helseforetakene vil de diakonale sykehusene ikke kunne levere helsetjenester gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg.

Også avtalespesialistene er i en særstilling. Det fremgår av Sundvolden-erklæringen at regjeringen vil ”Utvide antallet hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialistene mer.” Det føres i 2014 en dialogprosess med Legeforeningen og Psykologforeningen med sikte på å oppnå enighet om endringer i avtaleverk, regelverk, rapportering og finansiering knyttet til avtalespesialistordningen. Etter Helse- og omsorgsdepartementets skjønn bør avtalespesialistenes deltagelse i behandlingsskjeden være mer integrert i og utfyllende til den øvrige spesialisthelsetjenesten enn i dag.

Regionale helseforetak har driftsavtale med omlag 1500 lege- og psykologspesialister som til sammen utfører om lag 1200 årsverk. Disse utfører omlag 28 pst. av det samlede volum polikliniske kontakter årlig. Avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende og har en årlig omsetning innenfor driftsavtalene på omlag 3,6 mrd. kroner. Avtalespesialistene mottar denne inntekten i form av driftstilskudd fra regionale helseforetak, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Feltet reguleres bl.a. gjennom kollektive rammeavtaler inngått mellom regionale helseforetak på den ene siden og Den norske legeforening hhv. Norsk Psykologforening på den andre siden.

Henviste pasienter fra fastlege kan fritt velge å få behandling hos avtalespesialist i dag. Avtalespesialistene er dermed allerede i dag tilgjengelige som et valg for pasientene. Det antas ikke å være ledig kapasitet av betydning hos avtalespesialistene.

Departementet ønsker ikke å åpne for at avtalespesialister med 100 pst. avtalehjemmel skal kunne levere tjenester under ordningen med fritt behandlingsvalg.

Avtalespesialistenes virke er regulert i avtaler med regionale helseforetak, og utgjør en viktig ressurs for de regionale helseforetakene i ivaretagelsen av deres sørge-for-ansvar. Eventuell ledig kapasitet kan utnyttes innenfor rammene av disse avtalene og gjennom den etablerte finansieringsordningen for avtalespesialistene, dvs. inntekter fra regionale helseforetak og takstrefusjoner fra HELFO. Det eksisterer videre et finansieringssystem og et takstsystem for behandlingene som avtalespesialistene yter. Det er ikke hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialistene skal kunne levere de samme behandlingene til et annet sett av priser, dvs. prisene som er fastsatt under fritt behandlingsvalg. Motivet for å velge å yte behandling til et annet sett av priser vil formodentlig i så fall skyldes at det er forskjell mellom takstene/prisene i de to ordningene. I så fall vil staten ende opp med å betale mer enn nødvendig for en gitt aktivitet. Avtalespesialistene vil derfor ikke bli omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg. Departementet vil imidlertid utrede nærmere om det er hensiktsmessig å åpne opp for at avtalespesialister med mindre enn 100 pst. avtalehjemmel kan levere tjenester innenfor ordningen fritt behandlingsvalg, på områder uten refusjonstakster fra folketrygden.

Private virksomheter som etter anbudskonkurranse allerede har avtaler med regionale helseforetak, bør etter departementets vurdering kunne søke om også å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg, utover de avtalte volumbegrensningene i avtalene. At en privat leverandør i så fall tilbyr tjenester gjennom både fritt sykehusvalg og gjennom fritt behandlingsvalg kan gjøre det mer komplisert for pasientene å velge tjenesteyter. Det er derfor viktig at informasjonen om fritt behandlingsvalg er god og lett tilgjengelig. Departementet vil komme tilbake til dette i arbeidet med høringen av forskriften om fritt behandlingsvalg. Private som i tillegg til avtalen med det regionale helseforetaket, ønsker å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, må på lik linje med andre virksomheter som ønsker å levere gjennom ordningen, tilfredsstillende kravene som stilles til fritt behandlingsvalgleverandører, blant annet om levering til en pris fastsatt av det offentlige.

Private som ikke har vunnet frem i anbudskonkurransene med regionale helseforetak, eller som ikke tidligere har vært med i anbudsrunder, kan søke om å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

## **8.7 Forvaltning av fritt behandlingsvalgordningen**

For å forvalte ordningen med å godkjenne virksomheter som ønsker å levere sine tjenester gjennom fritt behandlingsordningen, er det departementets vurdering at ordningen bør forvaltes av Helsedirektoratet. Departementet vil også foreslå en bestemmelse som gir

Helsedirektoratet mulighet til å inndra retten til å tilby tjenester gjennom ordningen dersom forpliktelsene som følger av forskriften ikke blir fulgt.

Når det avslås eller innvilges rett til å delta i fritt behandlingsvalgordningen må det foreligge regler for hvordan saksbehandlingen skal foregå. Dersom tildelingen av godkjenning er å anse som et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand vil saksbehandlingsreglene i denne loven komme til anvendelse. Et spørsmål som derfor må vurderes er om tildeling av godkjenning for å delta i fritt behandlingsvalgordningen er å anse som et enkeltvedtak i henhold til forvaltningslovens forstand. I henhold til forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a og b er et vedtak som treffes under utøving av offentlig myndighet og som er bestemmende for rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter) å anse som et enkeltvedtak.

Etter departementets vurdering vil et vedtak om adgang til å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen være å anse som et slikt enkeltvedtak. Forvaltningsloven gir regler blant annet om inhabilitet i forvaltningen, om varsel og om innsynsrett samt om rett for partene til å uttale seg ved behandlingen av forvaltningssaker. Det er også regler om begrunnelse, klagerett og omgjøring av forvaltningsvedtak.

## **8.8 Forholdet til godkjenning av helseinstitusjoner**

Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 stiller krav om at sykehus må godkjennes før det kan yte helsetjenester. Institusjoner som skal være ansvarlig for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, må ha godkjenning etter psykisk helsevernforskriften § 2 (forskrift 16. desember 2011 nr. 1258). Disse godkjenningsordningene gjelder uavhengig av om det innføres en ordning med fritt behandlingsvalg. I praksis innebærer det at enkelte virksomheter først må søke om godkjenning som sykehus eller institusjon som skal anvende eller være ansvarlig for tvungen observasjon m.v. før det kan søke om å få levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalg.

Noen av de virksomhetene som ønsker å levere gjennom fritt behandlingsvalgordningen, kan med andre ord også være omfattet av godkjenningsordningen for sykehus eller ordningen for godkjenning etter psykisk helsevernforskriften. I slike tilfeller må virksomhetene først søke om og ha fått godkjenning som sykehus før de kan søke om å levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen. Departementet ser at dette kan oppleves unødvendig omfattende, og at det heller ikke er en selvfølge at slik ”dobbelgodkjenning” er nødvendig for å kvalitetssikre de aktuelle virksomhetene.

Det er imidlertid viktig å understreke at de to ordningene har forskjellig formål og hensyn. Det at man innfører fritt behandlingsvalg innebærer ikke 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 m.v. vil derfor bli ivaretatt 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. I begrunnelsen for å trekke forslaget står det:

*”Formålet med godkjenningsordningen er å sikre rasjonell utnyttelse av de samlede ressursene i helsetjenesten, kvalitet i tjenestetilbudet, rettferdig fordeling av helsetjenester og faglig forsvarlighet i helsetjenesten. Denne regjeringen mener det er viktig å sikre at disse hensynene ivaretas og vil vurdere nærmere hvordan dette kan skje på en hensiktsmessig måte. Endringer i dagens godkjenningsordning må også vurderes i sammenheng med de ulike tiltakene som denne regjeringen vil iverksette for å sikre befolkningen rask tilgang til helsehjelp av høy kvalitet. På denne bakgrunn bør godkjenningsordningen opprettholdes til disse vurderingene er foretatt.”*

## **8.9 Godkjenningens varighet**

Departementet legger til grunn at helsemyndighetene kan ha behov for å justere innretningen av fritt behandlingsvalg blant annet i lys av endrede behov i spesialisthelsetjenesten. Det trekkes i retning av at godkjenningen for den enkelte leverandør til å levere tjenester bør være tidsbegrenset. Det er likevel viktig å ivareta behovet leverandørene har for forutsigbarhet i sine rammevilkår, da dette er grunnlaget for planlegging av tjenestene de skal levere. En mulig løsning kan være at man standardiserer varigheten for å kunne levere tjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen, for eksempel at alle som får en godkjenning skal ha denne og dermed retten til å levere de konkrete tjenestene i 5 år fremover. Det vil innebære at alle virksomheter som er inkludert i ordningen må søke om ny godkjenning etter en periode på 5 år. Det må også legges inn en mulighet for at det må søkes om ny godkjenning dersom virksomheten flyttes eller ved andre vesentlige endringer i virksomheten. Departementet vil utrede disse spørsmålene nærmere i forbindelse med forskriftsarbeidet, men foreslår at forskriftshjemmelen gir adgang til å stille vilkår om varighet.

## **8.10 Ventelisteregistrering**

Det følger av forskrift 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering at visse definerte helseinstitusjoner skal føre venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling. Det er det aktuelle behandlingsstedet som har ansvaret for å sørge for at det føres venteliste, jf. § 3 i forskriften. I praksis vil det være den enkelte avdeling/avdelingsoverlege som utfører registreringen.

Institusjonen skal til enhver tid holde ventelistene oppdatert, jf. § 4. Ventetiden opphører den datoen behandlingen påbegynnes. Med det menes når helsehjelpen starter, det vil si at enten utredningen eller behandlingen er startet opp. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for den planlagte undersøkelsen eller behandlingen, skal heller ikke regnes som ventende lenger.

Dersom pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg etter at henvisningen er vurdert av et sykehus, og velger å få helsehjelpen utført ved et annet sykehus, er det det nye sykehuset som skal sørge for at pasienten tas av ventelisten ved oppstart av helsehjelpen

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

Der det er offentlige vurderingsenheter innenfor rus, overføres informasjon om ansiennitetsdato og eventuell frist for oppstart av nødvendig helsehjelp ved overføring til en privat enhet. Dersom pasienten tas av ventelisten ved den private enheten, måles ventetid fra ansiennitetsdato. Pasienten telles som ordinært avviklet fra venteliste, og ventetid blir knyttet til den private enheten.

Pasienter innen somatikk som i dag blir behandlet ved de private kommersielle sykehusene inngår ikke i dagens ventelistestatistikk. Disse aktørene rapporterer ikke per i dag henvisningsinformasjon til NPR (Norsk pasientregister), og pasientens ventetid fram til oppstart av helsehjelp inngår derfor ikke i ventelistestatistikken. Dette skyldes bl.a. at det har vært utfordringer knyttet til registeringspraksis og tilrettelegging av de pasientadministrative systemene for korrekt uttrekk av henvisningsdata. Det arbeides med å inkludere private kommersielle sykehus i ventelistestatistikken. Mange av disse vil trolig kunne rapportere riktige ventelistetall i løpet av 2014. Ventetiden vil da også være knyttet til det enkelte private sykehus. Etter departementets vurdering er det naturlig at fritt behandlingvalgsleverandørene rapporterer til NPR når helsehjelpen starter opp for den enkelte pasient. Dette er praksis for private institusjoner innen psykisk helsevern og rus, og vil trolig være tilfellet fra 2014 også for private kommersielle sykehus som leverer somatiske tjenester. Disse pasientene vil da registreres som avviklede i ventelistestatistikken.

Det følger av dagens forskrift at dersom behandlingen ytes på flere, geografiske atskilte behandlingssteder, skal det føres venteliste for hvert behandlingssted. Dette tilsier at fritt behandlingvalgleverandørene skal føre egne ventelister på lik linje med private med avtale.

Etter departementets vurdering er det imidlertid ikke opplagt at pasientene registreres i statistikken som ventende knyttet til fritt behandlingvalgleverandøren, slik tilfellet er for private med avtale. Alternativt kan statusen som ventende knyttes til det offentlige sykehuset som har vurdert henvisningen. Dette innebærer at pasienten vil stå oppført på ventelisten til det offentlige sykehuset inntil helsehjelpen starter opp hos fritt behandlingvalgleverandøren, også i perioden fra pasienten har tatt kontakt med leverandøren til helsehjelpen faktisk starter opp. Pasienten blir da avviklet fra ventelisten ved det offentlige sykehuset når fritt behandlingvalgleverandøren rapporterer at helsehjelpen er påbegynt. Aktiviteten vil uansett bli registrert på fritt behandlingvalgleverandøren, slik at myndighetene har oversikt over denne. En slik

løsning vil kreve forskriftsendring og er et spørsmål departementet vil komme tilbake til når forskriften om godkjenning av fritt behandlingsvalgvirksomhetene skal vurderes.

Selv om det offentlige sykehuset da vil ha pasienter i sin ventelistestatistikk som det ikke kan påvirke ventetiden for, er det samtidig slik at pasienter trolig i hovedsak vil velge fritt behandlingsvalgleverandører fordi dette vil gi raskere tilgang til helsehjelp. Det er slik sett grunn til å tro at dette vil redusere gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter for det respektive helseforetaket.

## 8.11 Pasientskadeerstatning

I dagens system må staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) for å dekke erstatning voldt i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. De må også bidra til driften av NPE.

Aktørene har et sørge-for-ansvar og betaler årlig tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) som tilsvarende forventede erstatningsutbetalingene i året, fordelt på hvert av forvaltningsnivåene. Tilskuddene omfatter også aktiviteten til private aktører som enten har avtaler med regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, og/eller som har en offentlig finansiering. Helseforetakene betaler i tillegg en egenandel på 10 prosent., oppad begrenset til 100 000 per skade som gir en erstatningsutbetaling.

NPE fikk i 2009 ansvaret (lovhjemlet) for å behandle erstatningssaker også fra privat sektor. Privat sektor er her definert til den aktivitet som ikke faller inn under avtaler med offentlig sektor, eller som finansieres av det offentlige, med andre ord der pasienten selv dekker alle kostnader til behandlingen. Privat sektor betaler årlig tilskudd til NPE som skal dekke både erstatningsutbetalingen, advokatutgifter og saksbehandlingen i NPE og Pasientskadenemnda. Tilskuddene er fastsatt i egen forskrift og er differensiert etter personellgrupper basert på bl.a. risiko og antall årsverk. Det er etablert et eget fond for privat virksomhet slik at NPE har finansiell dekning dersom privat virksomhet legges ned eller går konkurs.

Departementets vurdering er at de regionale helseforetakene, på lik linje med det som er ordningen overfor private med avtaler, må betale tilskudd til NPE for aktivitet hos private leverandører som er knyttet til ordningen med fritt behandlingsvalg. Begrunnelsen er at disse også mottar tilskudd fra det offentlige for de tjenestene de yter gjennom fritt behandlingsvalgordningen. Tilskuddet skal dekke forventet erstatningsutbetaling.

For den delen av aktiviteten hos fritt behandlingsvalgleverandørene som eventuelt ikke faller inn under fritt behandlingsvalg, og som med andre ord er rent privat finansiert, skal den private leverandøren selv betale tilskudd til NPE, slik det er beskrevet ovenfor at gjelder for de private.

## 8.12 Oppsummering

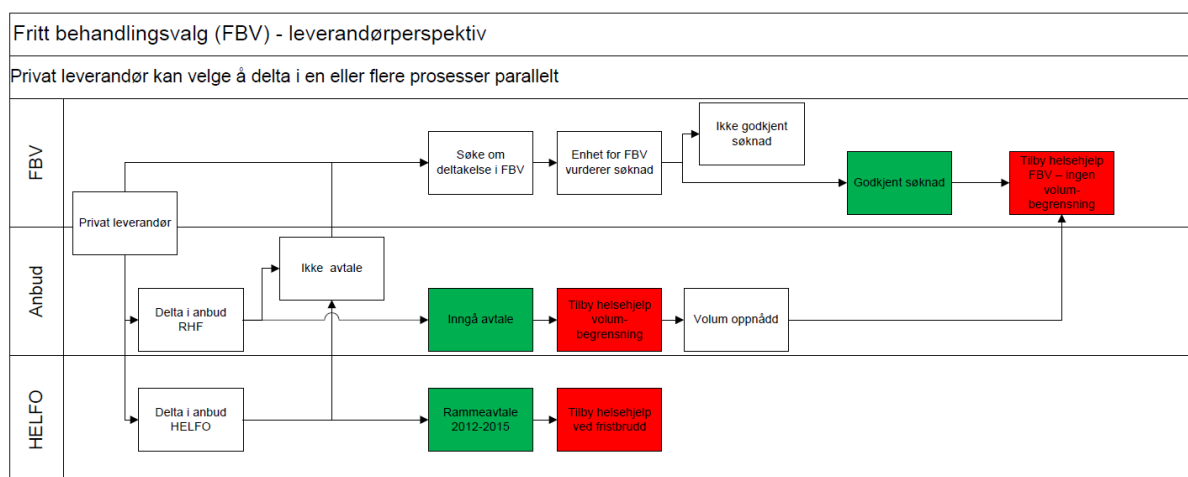
Departementet foreslår en forskriftshjemmel for å etablere en nasjonal ordning som regulerer forholdet mellom det offentlige og de private leverandørene som ønsker å tilby

sine tjenester til pasienter gjennom fritt behandlingsvalg. Hovedtrekkene i denne ordningen ser departementet for seg vil være følgende:

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

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

Nedenfor gis en skjematisk fremstilling av hvilke valgmuligheter private leverandører vil ha etter at fritt behandlingsvalg er innført.



## 9 Innfasing av fritt behandlingsvalg

### 9.1 Innledning

Fritt behandlingsvalg skal først fases inn for psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er dels begrunnet i ønsket om å gi psykisk helse og rusbehandling prioritet. Samtidig innebærer det en oppstart av FBV 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 innfasing. Det tas derfor sikte på at fritt behandlingsvalg, parallelt med innføring innen psykisk helsevern og rus, skal innføres innenfor enkelte fagområder innen somatikk. Dette kan blant annet bidra til å belyse effekt på ventetid, pasientenes bruk av fritt behandlingsvalg, prioritering, behandlingsresultater, konsekvenser for offentlige sykehus og respons i privat sektor.



I utgangspunktet bør fritt behandlingsvalg innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange, uten at ventetiden er medisinsk begrunnet. Departementet vil utrede nærmere hvilke områder innen somatikken som kan være aktuelle for å inkluderes i fritt behandlingsvalg fra oppstart av ordningen. Departementet vil i denne sammenheng foreta en vurdering av ventetider, behov, mulig ledig kapasitet i privat sektor, økonomisk omfang og eventuelle andre vurderinger av faglig og risikomessig art.

Økt aktivitet hos private gjennom fritt behandlingsvalg kan påvirke omfanget av uønsket praksisvariasjon. Stor variasjon i utførelsen av helse- og omsorgstjenestene skjer både i form av underbehandling, overbehandling og feilbehandling. Variasjon kan være et resultat av en rekke ulike faktorer. Det kan hevdes at leverandører i fritt behandlingsvalg har et økonomisk insentiv for at utredningen skal resultere i et behov for behandling. Det viktigste tiltaket for å møte dette er at den offentlige spesialisthelsetjenesten først skal vurdere behov og tildele rettigheter. Pasienter som velger å motta helsehjelp gjennom fritt behandlingsvalg ville uansett fått tilbud om helsehjelp fra det offentlige.

Samtidig arbeides det med å redusere uønsket praksisvariasjon innen helsetjenesten generelt. Standardisering av behandling og prosedyrer kan være viktig for å redusere variasjon i praksis. Kunnskap om variasjon forutsetter tilgang til nødvendige data, og dataene må sammenstilles og presenteres slik at variasjon fremkommer på en forståelig og tolkbar måte. De medisinske kvalitetsregistrene for sykehustjenester kan brukes til å få frem variasjoner, ulikhet i resultater og dermed forskjeller i pasientsikkerhet. Arbeidet for å redusere uønsket praksisvariasjon vil være relevant også for aktiviteten som blir omfattet av fritt behandlingsvalsordningen.

## 9.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Regjeringens mål er at mennesker med psykiske helseproblemer 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 19 305 pasienter 2. tertial 2013 på oppstart av helsehjelp. For barn og unge var tilsvarende tall 2 218 og innen rusbehandling var det 1 893 som ventet. Gjennomsnittlig ventetid på de tre områdene var henholdsvis 55, 56 og 59 dager.

Samtidig finnes det private aktører med ledig kapasitet som kan tilby behandling. På rusfeltet finnes i dag ledig døgnkapasitet ved flere institusjoner. Dette gjelder institusjoner som allerede har avtale, som har hatt avtale eller institusjoner utenfor dagens avtalesystem. Institusjoner i alle disse kategoriene kan tenkes å inngå i ordningen med fritt behandlingsvalg. Innen psykisk helsevern gis institusjonstjenester i det alt vesentlige av offentlige institusjoner. Kun en liten andel av institusjonene er private med avtale med

et RHF. Selv om det er begrenset ledig kapasitet for døgnbehandling hos private tilbydere innen psykisk helsevernområdet i dag, vil innføring av fritt behandlingsvalg kunne medføre at flere tilbydere melder seg.

Døgnbehandling tar om lag 80 prosent av de samlede ressursene innen psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), mens poliklinikk og ambulant virksomhet tar om lag 20 prosent. Den dominerende andelen av pasientene får imidlertid poliklinisk behandling. Det gjelder særlig innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det anslås at andelen akuttinnleggelses utgjør mellom 60 og 70 prosent av totalt antall innleggelses i psykisk helsevern, og en noe lavere andel i TSB. Andel tvangsinnleggelses ligger på rundt 20-25 prosent. Departementet legger til grunn at akuttjenester og tvangsbehandling i mindre grad er aktuelt å innlemme i fritt behandlingsvalg.

I tillegg til poliklinisk behandling ved de offentlige institusjonene, utgjør om lag 600 avtalespesialister (psykologer/psykiatere) en viktig del av det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern. Det er begrenset ledig kapasitet i privat sektor utover dette. Behovet for videreutvikling av privates rolle i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern skal primært ivaretas innen avtalespesialistordningen, jf. redegjørelse i avsnitt 8.3 for pågående dialogprosess med Legeforeningen og Psykologforeningen. Samtidig er det et viktig mål å bygge opp kapasiteten i kommunehelsetjenesten. Departementet legger i lys av dette ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå.

Et viktig hensyn ved vurdering av innretningen av ordningen med fritt behandlingsvalg er i hvilken grad tjenestene kan avgrenses tilstrekkelig presist. I tillegg skal det ved innføring av fritt behandlingsvalg tas utgangspunkt i områder hvor det er markedspriser, typisk etter bruk av anbud, jf. drøfting av prinsipper for prisfastsettelse i kapittel 10. Det er mulig å avgrense og prise døgntilbud innen psykisk helsevern og rus ved å ta utgangspunkt i eksisterende avtaler mellom RHF og private leverandører og prisene som er fastsatt i disse. Det er også ventetid til denne typen tilbud. En samlet vurdering av ventetid, kapasitet og mulighet for prisfastsettelse trekker etter departementets vurdering i retning av at det først og fremst er døgnbehandling som er aktuelt for fritt behandlingsvalg innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusbehandling skal ikke endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Denne vurderingen skal fortsatt foretas på de offentlige poliklinikkene. Samtidig må utviklingen i bruk av ordningen overvåkes nøye for å unngå at innføring av fritt behandling for døgnbehandling skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Dette kan for eksempel være relatert til uønsket vridning av aktiviteten innen psykisk helsevern og rus fra dag- til døgnbehandling, fra primær til spesialisthelsetjeneste, endringer i fastlegenes henvisningspraksis og til eventuelle rekrutteringsutfordringer for sykehus og kommuner av et begrenset antall kvalifiserte helsepersonell innen denne sektoren.

Det er en sentral føring at de kommunale tjenestene skal styrkes og moderniseres. Dette gjelder også for rus og psykisk helse. Etableringen av fritt behandlingsvalg innebærer i

utgangspunktet ikke økt satsning på spesialisthelsetjenesten. Fritt behandlingsvalg må antas å medføre noe økt kapasitet og dermed reduserte ventetider. Det vises til omtale i kapittel 2.2 om utviklingen i ventetider og fristbrudd.

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

Fritt behandlingsvalg innebærer økte valgmuligheter for pasientene. Samtidig innebærer det at nye aktører kommer inn og av og til vil erstatte etablerte samarbeidsrelasjoner. En grunnleggende og viktig forutsetning for å skape gode, helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser/alvorlig rusmiddelbruk er at alle aktører/deltjenester forstår hverandre og arbeider mot felles mål. Utfordringen er størst med hensyn til særlig ressurskrevende brukere, som kan bli kasteballer i systemet. Et felles verdigrunnlag og felles mål forutsetter dialog og kjennskap til hverandre.

Kvalitet knytter seg både til brukerperspektiv, samhandling og faglige tilnærming, jf. blant annet foreliggende nasjonale faglige retningslinjer. Et brukerperspektiv som bygger på at erfaringskunnskapen er likeverdig med fagkunnskapen og på prinsippet om informerte brukerbeslutninger står sentralt i kvalitetsbegrepet. Innen TSB bør kommende faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer og nasjonale brukerundersøkelser settes i system og ligge til grunn for utvikling av et register. Slik forutsettes også både brukerperspektiv og samhandlingstiltak å inngå i kvalitetsbegrepet. Innføring av en ordning med fritt behandlingsvalg forutsetter derfor etter departementets vurdering et bredt kvalitetsperspektiv.

Følgeevalueringen av fritt behandlingsvalg vil være viktig for å belyse hvordan innføring av fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og rus påvirker målene for helsepolitikken innen disse områdene.

### **9.3 Videre innfasing**

Målet med fritt behandlingsvalg er å redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Som drøftet i kapittel 11 vil fritt behandlingsvalg også påvirke andre sentrale helsepolitiske mål. Departementet legger derfor opp til at fritt behandlingsvalg skal være en dynamisk ordning, der innretning om omfang løpende vurderes, bl.a. i lys av utviklingen i befolkningens behov for helsetjenester.

Departementet legger i tråd med dette opp til en gradvis og styrt innfasing av ordningen på det somatiske området. I utgangspunktet bør fritt behandlingsvalg innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange. I tillegg vil blant annet vurderinger av hvilke tjenester det er mulig å avgrense og prise, jf. kapittel 10, og hvilke konsekvenser innføring av fritt behandlingsvalg for en spesifikk tjeneste får 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 ordningen bør innføres. Departementet vil i forbindelse med forskriftsarbeidet utrede nærmere hvilke kriterier som er relevant å vektlegge i vurderingen av innføring av spesifikke tjenester i ordningen med fritt behandlingsvalg. Det er naturlig at Helsedirektoratet, etter samråd med RHF og i lys av konsultasjonen med hovedorganisasjonene, jf. nedenfor, får et ansvar for å gi råd til departementet om rekkefølge og tempo på innføring av nye tjenester i ordningen med fritt behandlingsvalg.

Etter departementets vurdering kan helsemyndighetene på sikt også ha behov for å fase ut tjenester fra fritt behandlingsvalgordningen. Det kan tenkes at utviklingen i befolkningens behov, knappheten på helsepersonell eller i kapasiteten i helsetjenesten gjør at helsemyndighetene ønsker å trekke en gitt tjeneste som er omfattet av fritt behandlingsvalg ut av ordningen. Hensynet til leverandørenes forutberegnlighet 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 skal rammes inn.

#### **9.4 Konsultasjonsmekanisme med hovedorganisasjonene**

Innføringen av ordningen med fritt behandlingsvalg må skje i et samspill med private aktører, blant annet for å kartlegge områder med ledig kapasitet. Det tas derfor sikte på å etablere en konsultasjonsmekanisme mellom Helsedirektoratet og hovedorganisasjonene som organiserer fritt behandlingsvalgleverandørene, det vil si NHO Service, Spekter og Virke. Det er viktig at det etableres en god dialog mellom forvalteren av ordningen, det vil si Helsedirektoratet, og privat sektor i ulike spørsmål knyttet til forvaltningen av fritt behandlingsvalgordningen, herunder knyttet til rapporterings- og oppgjørsløsninger, forståelse av forskrifts- og avtaleverk, synspunkter på tjenester som kan være aktuelle for å inkluderes i fritt behandlingsvalg og informasjon til pasienter og fastleger.

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 knyttet til ordningen, jf. kapittel 10. Det legges derfor ikke opp til å drøfte nivået på prisene i konsultasjonsmekanismen.

### **10 Prinsipper for prisfastsettelse**

Anbudsinstituttet er det mest effektive virkemidlet for å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å tilby for et gitt volum. Leverandører som ikke vinner anbud, får ikke levere tjenester. Med fritt behandlingsvalg endres dette. Ordningen innebærer at alle private leverandører som tilfredsstiller visse forskriftsfestede krav kan tilby sine tjenester til en fastsatt pris. 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 derved dynamikken i markedene for disse tjenestene. For å sikre mest mulig pasientbehandling for ressursene som stilles til disposisjon, mener departementet at følgende ramme skal legges til grunn for fastsettelse av pris i fritt behandlingsvalgordningen:

- Det er et mål at prisen i fritt behandlingsvalg ikke skal medføre at kostnadene for staten øker sammenlignet med økt bruk av anbud.
- 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.

Dersom fritt behandlingsvalgprisen settes høyere enn anbudsprisen blir det lønnsomt å tilby tjenester også for de mindre kostnadseffektive leverandørene som ikke har vunnet fram i anbudskonkurransen. I tillegg kompenseres fritt behandlingsvalgleverandørene for usikkerhet om volumet. Samtidig vil en slik prispolitikk undergrave anbudsinstuttet. I påfølgende anbudsrunder vil aktørene med priser under fritt behandlingsvalgprisen ha insentiver til å øke sine tilbudte priser. Alternativet ved tap i anbudskonkurranse er da å levere til en høy fritt behandlingsvalgpris. Jo større spredning det er i anbudsprisene for samme tjeneste jo sterkere kan denne effekten bli. De konkrete markedsforholdene vil også bety noe. For eksempel kan det for effektive leverandører med en god markedsposisjon, godt rykte blant pasienter og fastleger og god tilgjengelighet, bli mindre attraktivt å delta i anbud. Staten risikerer med en slik strategi å betale mer for den samme aktiviteten, og legitimiteten til ordningen vil i så fall svekkes.

Erfaringer fra den danske ordningen med utvidet fritt sykehusvalg kan være relevante for å belyse mekanismene over. Danmark har siden 2002 fastsatt nasjonale priser, uten bruk av anbud, i ordningen med utvidet fritt sykehusvalg for å oppnå målsettinger om valgfrihet og reduserte ventetider. Det har i de senere årene vært en reduksjon i prisen etter at det i en dansk Riksrevisjonsrapport i 2009 ble konkludert med at det ble betalt for mye til private leverandører. Den danske Riksrevisjonen pekte på at regionene kunne oppnådd mer fordelaktige priser gjennom bruk av anbudsinstuttet.

Dersom fritt behandlingsvalgprisen settes under anbudsprisen, vernes anbudsinstuttet, samtidig som leverandørene kan levere ekstra volum til fritt behandlingsvalgprisen. RHFene kan ofte ønske å dele volumet i en anbudsrunde på flere aktører – både for å unngå monopoldannelser og for å få anskaffet det ønskede volumet. Det betyr samtidig at RHFene kan ha avtalt priser på ulike nivåer for den samme tjenesten siden kostnadsnivået kan variere mellom leverandørene. For å unngå at noen leverandører opplever at fritt behandlingsvalgprisen settes over deres anbudspris, og at effektene som er drøftet over slår inn, må derfor fritt behandlingsvalgprisen settes under den laveste anbudsprisen for den aktuelle tjenesten. Dette vil bidra til at fritt behandlingsvalg ikke reduserer kostnadseffektiviteten ved leveranser gjennom anbud samtidig som det vil bidra til legitimitet rundt ressursbruken i ordningen. Dette tilsier etter departementets vurdering at prisen i fritt behandlingsvalg skal settes under laveste anbudspris for en definert tjeneste. Fratrekkt skal vurderes sjablongmessig. Departementet legger til grunn at Helsedirektoratet skal fastsette prisene innenfor rammer og prinsipper fastsatt av departementet.

Denne rammen for prisfastsettelse kan isolert sett dempe interessen blant private leverandører for å tilby tjenester i ordningen. Insentivet for de offentlige sykehusene til å

drive mer effektivt kan derfor også påvirkes. Parallelt med innføring av fritt behandlingsvalg legger derfor departementet opp til økte kjøp gjennom anbud, jf. kapittel 16. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal som i dag være gjennom anbud. I tillegg til å ivareta hensynet til kostnadseffektivitet, legger kjøp gjennom anbud bedre til rette for å ta hensyn til kvalitet ved valg av leverandører enn ordningen med fritt behandlingsvalg. Det vil også være vanskeligere å etablere sammensatte behandlingsforløp på tvers av offentlige og private leverandører i fritt behandlingsvalgordningen, enn gjennom anskaffelser og inngåelse av avtaler.

Dagens anbudskontrakter gir prisinformasjon om et begrenset antall behandlinger. For mange av de behandlingene som vil kunne være aktuelle for fritt behandlingsvalg finnes det dermed ikke anbudspriser som kan tjene som referansepriser. Som et alternativ kan prisen kobles til kostnaden i de offentlige sykehusene. Gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) har vi i dag kostnad per DRG (somatikk). Den enkelte DRG kan imidlertid favne ulike behandlinger og pasienter, og kostnadene er i tillegg beregnet som gjennomsnittskostnader på sykehusnivå som også inneholder beredskapskostnader mv. Det vi trenger for å fastsette priser er kostnader direkte relatert til pasientbehandlingen, såkalte KPP-data (kostnad per pasient).

Gode KPP-data vil imidlertid først foreligge på en systematisk og sammenlignbar form for de offentlige sykehusene om noen år. Dersom vi likevel klarer å fastsette enkelte priser basert på de sykehusene som er kommet lengst med å etablere KPP, kan dette være et tak for fritt behandlingsvalgprisen for disse tjenestene. Da kan økt aktivitet i fritt behandlingsvalg være kostnadseffektivt sammenlignet med en tilsvarende aktivitetsøkning i de offentlige sykehusene. Prising basert på KPP vil ikke, slik tilfellet ville være i en anbudskonkurranse, avdekke hvor lavt private aktører er villig til å prise sine tjenester. Å bruke kostnader i offentlige sykehus som tak for fritt behandlingsvalgprisen, gir derfor ingen garanti for kostnadseffektivitet sammenlignet med bruk av anbud, men kan bidra til kostnadseffektivitet sammenlignet med de offentlige sykehusene. 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.

DRG er i mange tilfeller en grov kategorisering av flere ulike behandlinger. Anbudsprisene viser stor variasjon innenfor samme DRG. Fritt behandlingsvalgprisen må derfor som hovedregel settes på et lavere nivå enn DRG, dvs. på prosedyrenivå, blant annet for å unngå at private leverandører får urimelig høy fortjeneste ved å behandle de minst ressurskrevende pasientene innenfor samme DRG.

Innen psykisk helsevern og rus har vi ikke DRG som kan gi informasjon om hva slags behandling den enkelte pasient mottar. For døgnbaserte tjenester finnes ingen nasjonale stykkprisordninger og fastsetting av pris overfor private gjøres på avtalebasis basert på antall døgnplasser, antall oppholdsdøgn, eller antall opphold. Både antall opphold, liggetid og antall polikliniske konsultasjoner har svakheter som mål for å kunne telle og sammenligne aktivitet. I utformingen av priser er det naturlig å ta utgangspunkt i de tjenestene som er spesifisert i de avtalene regionale helseforetak har inngått med private.

For døgntilbud kan en i praksis velge mellom priser per oppholdsdøgn, per utskrivning eller en kombinasjon av oppholdsdøgn og utskrivning.

## **11 Konsekvenser for sentrale helsepolitiske mål**

### **11.1 Innledning**

Målet med fritt behandlingsvalg er å redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Samtidig vil fritt behandlingsvalg påvirke andre sentrale helsepolitiske mål som blant annet likeverdig tilgang, de offentlige sykehusenes evne til å ivareta sine grunnleggende roller (ø-hjelp, forskning, utdanning og pasientopplæring), prioritering i spesialisthelsetjenesten, kostnadskontroll og administrativ byrde/kompleksitet i spesialisthelsetjenesten. Departementet har i utredningsarbeidet derfor lagt vekt på å belyse hvordan sentrale helsepolitiske mål blir påvirket av fritt behandlingsvalg, og hvordan ordningen bør innrettes for å gi størst mulig samlet måloppnåelse.

### **11.2 Effekt på ventetider**

Fritt behandlingsvalg er ment å øke kostnadseffektiviteten i helsesektoren og gi økt aktivitet og reduserte ventetider. For det første kan fritt behandlingsvalg bidra til at vekst i aktivitet kanaliseres mot private leverandører som er minst like kostnadseffektive som de offentlige sykehusene. Denne potensielle gevinsten forutsetter at prisen settes korrekt, jf. drøfting av prinsipper for prisfastsettelsen i kapittel 10. 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.

Ordningen utløser også mekanismer som isolert sett kan dempe den positive effekten på ventetidene. Innføring av fritt behandlingsvalg kan bidra til at pasienter og fastleger opplever at den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten blir mer tilgjengelig enn tidligere. 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 er en slik økning i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten ønskelig ut fra målet om en universell helsetjeneste som er offentlig 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.

Samtidig er etterspørselen etter helsetjenester til en viss grad avhengig av tilbudet av helsetjenester. Det er derfor viktig å styre innfasingen av ordningen med fritt behandlingsvalg, jf. omtalen i kapittel 9. I tillegg understreker dette behovet for å utvikle

gode prioriteringsverktøy, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Målet er at pasienten skal få riktig helsetjeneste av god kvalitet, ikke mest mulig helsetjeneste.

Et generelt funn i den helseøkonomiske faglitteraturen<sup>3</sup> er i tillegg at risikoen for såkalt tilbyderindusert etterspørsel øker i et rent aktivitetsbasert system, dvs. at legen initierer unødvendig behandling. Innføring av fritt behandlingsvalg skal imidlertid ikke endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Denne vurderingen skal fortsatt foretas i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette vil dempe risikoen for overbehandling. Samtidig involverer en slik rettighetsvurdering utøvelse av skjønn. Fritt behandlingsvalg egner seg derfor best for pasienter med avklarte og veldefinerte behov. I tillegg 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.

### **11.3 Effekt på prioriteringer i helsetjenesten**

Et viktig utgangspunkt er at fritt behandlingsvalg ikke skal endre kriteriene for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, jf. omtale i kapittel 7. Pasienter som velger å benytte fritt behandlingsvalg må først ha fått en rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er dagens venteliste i prinsippet uttrykk for den prioriteringen som følger av de regionale helseforetakenes forvaltning av sørge-for-ansvaret, innenfor gjeldende økonomiske og rettslige rammer for prioritering. I praksis kan det være mange forhold som påvirker ventelisten, for eksempel forskjeller i utøvelse av medisinsk skjønn og forskjeller i pasienters og pårørendes atferd. Mange av pasientene som vil velge å benytte seg av fritt behandlingsvalg vil imidlertid trolig gjøre det fordi ventetiden blir kortere sammenlignet med om de holdt fast ved sin tildelte time i det offentlige. Innenfor en gitt økonomisk ramme medfører derfor fritt behandlingsvalg at rekkefølgen på ventelisten endres. Dersom fritt behandlingsvalg innenfor en gitt økonomisk ramme primært rettes mot behandling av lettere lidelser, kan det føre til en vridning av ressursene vekk fra tyngre pasientgrupper. Dette tilsier at innfasingen blir viktig, jf. omtale i kapittel 9. Hvordan de offentlige sykehusene responderer vil også være viktig å følge med på i evalueringen.

For å motvirke uønskede vridninger i prioritering legges det derfor til grunn at staten i stor grad avlaster RHFene for den økonomiske risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg, dels gjennom å dekke ISF-refusjonen som utløses av aktiviteten i ordningen og dels gjennom å ta høyde for den anslåtte aktiviteten i ordningen i forslaget til de årlige budsjettene. I tillegg legges det opp til en styrt innfasing slik at også tyngre pasientgrupper får nytte godt av ordningen. Videre skal de samme prinsippene og veilederne for prioritering som gjelder i den offentlige helsetjenesten, også gjelde for de private leverandørene i fritt behandlingsvalg. Det må videre etableres gode systemer for

---

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



kvalitetsovervåking av leverandørene, felles faglige retningslinjer og rådgivning/informasjon til pasienter og fastleger.

## **11.4 Konsekvenser for de offentlige sykehusene**

Hvordan innføring av fritt behandlingsvalg vil påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å ivareta grunnleggende funksjoner (beredskap, utdanning, forskning og pasientopplæring) er først og fremst knyttet til hvordan dette påvirker evnen til å rekruttere og beholde arbeidskraft. I den grad ansatte hos leverandører i fritt behandlingsvalg kommer fra annen privat virksomhet eller utlandet, er det liten grunn til å tro at det representerer en utfordring for den offentlige helsetjenesten. Dersom nøkkelpersonell på sykehusene går over til fritt behandlingsvalgvirksomheter, og/eller offentlige sykehus og kommuner må konkurrere om knappe personellressurser, vil det kunne få konsekvenser for pasientbehandling, utdanning, forskning og pasientopplæring ved sykehusene. Ordningen skal derfor fases gradvis inn og det må foretas en vurdering av konsekvensen for det offentlige tilbudet ved utvidelse av fritt behandlingsvalg til nye pasientgrupper, jf. omtale i kapittel 9. Fritt behandlingsvalg skal stimulere den offentlige helsetjenesten til å bli mer effektiv, og er ikke ment å undergrave de offentlige sykehusene.

## **11.5 Konsekvenser for målet om likeverdig tilgang**

Et grunnleggende prinsipp er at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bl.a. bosted og sosioøkonomisk status. Det betyr likevel ikke at alle kan ha samme reiseavstand til et hvert helsetilbud. Innen den offentlige spesialisthelsetjenesten innebærer behovet for spesialisering og rasjonell bruk av ressurser at ulike tilbud er lokalisert til enkelte sykehus, og at det vil være en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom sykehusene i en region. Innenfor dette systemet vil imidlertid pasienten bli henvist til det sykehuset innenfor helseregionen som kan gi den nødvendige behandlingen. I tillegg har pasientene mulighet til å benytte seg av fritt sykehusvalg, både innenfor og utenfor egen helseregion.

Fritt behandlingsvalg vil i likhet med fritt sykehusvalg omfatte planlagt behandling. Som for fritt sykehusvalg vil det variere hvor langt en pasient må reise for å kunne benytte et slikt tilbud. Ordningen skal imidlertid være tilgjengelig for alle pasienter i hele landet. Private aktører vil trolig etablere seg i de større byene hvor kundene bor tett, og relevant arbeidskraft er relativt sett lettest tilgjengelig. Samtidig tilsier erfaringer med fritt sykehusvalg at pasientene ikke er særlig mobile. Det er derfor viktig at ordningen med fritt behandlingsvalg, og innfasingen av denne, innrettes slik at det ikke oppstår uønskede geografiske skjevheter i tilgangen til, og bruk av spesialisthelsetjenester. Det vil derfor legges vekt på å følge utviklingen i den geografiske spredningen av leverandører og ventetiden i ulike deler av landet.

Det kan være forskjeller mellom ulike pasienters mulighet og kompetanse til å nyttiggjøre seg sine pasientrettigheter. Erfaringen med fritt sykehusvalg indikerer også at det kanskje vil være relativt få som vil benytte seg av de økte valgmulighetene. Dette er imidlertid ikke et argument mot mer valgfrihet, men understreker betydningen av best mulig

informasjon og rådgivningstjeneste overfor pasientene for å utjevne forskjeller i ”kundekompetanse”, og sikre mest mulig reell valgfrihet for alle pasientene.

## **12 Evalueringsopplegg**

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, de offentlige sykehusenes evne til å ivareta sine grunnleggende roller (akuttberedskap, forskning, utdanning og pasientopplæring) og administrativ byrde. Evalueringen 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.

## **13 Informasjon til pasienter og helsepersonell**

Ordningen med fritt sykehusvalg og en ny ordning med fritt behandlingsvalg overfører begge makt, men også risiko, til pasienten. Pasienten inviteres til å velge blant flere alternativer, blant annet basert på informasjon om tilgjengelighet, for eksempel ventetid og reiseavstand, og kvalitet. Utvikling og publisering av relevant informasjon om kvalitet og tilgjengelighet er avgjørende for å sikre pasienten et godt beslutningsgrunnlag ved valg av sykehus/behandler. Alle leverandørene av helsetjenester, både offentlige og private, skal derfor stilles overfor samme kvalitetsstandarder (kliniske retningslinjer / faglige standarder) og krav til rapportering om ventetid, aktivitet og kvalitet til ulike registre, jf. kapittel 8.

Dagens nettsted for fritt sykehusvalg, [frittisykehusvalg.no](http://frittisykehusvalg.no), er basert på en eldre teknologisk plattform og inneholder begrenset informasjon om kvaliteten på tilbudene. For å understøtte ordningene fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg for innbyggere, må det tilrettelegges for digitalt tilgjengelig og persontilpasset informasjon. Det vil si informasjon om vedtak som er fattet, hvor i prosessen man står og hvem som har vurdert saken. På [helsenorge.no](http://helsenorge.no) kan det utvikles funksjonalitet som viser informasjon om hvilke tilbydere som er tilgjengelig i ønsket område for de behandlingene som det er innvilget en rettighet til. Det kan videre vises kvalitetsinformasjon om tilbyderne og eventuelt andre data som tilbyderne blir pålagt å rapportere inn. Fra [helsenorge.no](http://helsenorge.no) vil brukeren kunne bestille time direkte eller starte en elektronisk konsultasjon hvis det tilbys. Kontaktinformasjon, besøksadresse, informasjon om rettigheter og refusjon av reise må ligge enkelt tilgjengelig. Det vil imidlertid ta noe tid å utvikle disse funksjonalitetene. På kort sikt, ved innføringen av ordningen, vil det måtte etableres relativt enkle informasjonsløsninger.

Uansett hvor god informasjonen til pasientene blir, kan det være grupper av pasienter som av ulike grunner, for eksempel sykdomsbilde, rusproblematikk, manglende IKT-kompetanse, språklige og kulturelle barrierer, vil stå overfor utfordringer knyttet til å nyttiggjøre seg sin rett til å velge blant ulike tilbydere av helsetjenester. For disse pasientene vil fastlegens rolle som rådgiver kunne være av stor betydning. Fastlegene er i mange sammenhenger pasientenes nærmeste rådgiver. Også fastlegene vil derfor ha behov for informasjon om kvalitet og tilgjengelighet for å kunne gi råd til sine pasienter. I stor grad vil dette informasjonsbehovet kunne være sammenfallende med pasientens behov for informasjon. Departementet vil imidlertid utrede om fastlegen og annet helsepersonell har spesielle informasjonsbehov som bør adresseres.

## **14 Behov for tilpasninger i IKT-systemer**

Fritt behandlingsvalg er en informasjonsintensiv ordning som er avhengig av at informasjonen følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Ordningen vil innebære håndtering og utveksling av helseopplysninger, vurdering av krav til rettigheter, utbetaling av refusjoner mv. I tillegg må det etableres sikre og effektive informasjonssystemer som pasienter og helsepersonell kan benytte.

Per i dag benyttes elektroniske meldinger som teknologi for å gjøre informasjon tilgjengelig mellom helsepersonell på tvers av virksomheter når dette er nødvendig for å yte helsehjelp. Denne arkitekturen er imidlertid ikke bærekraftig for det fremtidige behovet for informasjonsdeling. Videre er det utfordringer knyttet til koordinering av helseopplysninger og ansvar på en sikker måte på tvers av virksomheter i pasientforløpene. Forslag til ny pasientjournallov, som ble fremmet for Stortinget 11. april 2014, åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelig for helsepersonell uavhengig av hvor pasienten tidligere har fått helsehjelp og hvordan sektoren er organisert. Det foreslås også å åpne for at helseinstitusjoner skal kunne samarbeide om pasientjournaler.

Innføring av fritt behandlingsvalg kan øke antall tjenesteleverandører som skal bistå én pasient. Dette vil medføre økte utfordringer i å beholde konsistente medisinske data på tvers av aktører, og vil kreve en mer robust IKT-infrastruktur. Ordningen vil derfor medføre behov for tilpasninger i IKT-systemer hos statlige aktører, offentlige sykehus og private leverandører. Det tar erfaringsmessig om lag 1-2 år å gjennomføre relativt enkle endringer i IKT-systemene i helse- og omsorgssektoren. På sikt bør det vurderes om deling av helseopplysninger bør understøttes av en annen type samhandlingsarkitektur som ivaretar en enkel og sikker tilgang til konsistente oppdaterte helseopplysninger. Uansett om man baserer seg på dagens eller fremtidige samhandlingsarkitekturer vil det være behov for en robust IKT-infrastruktur for å ivareta pasientsikkerheten. Det må være god kontroll på hvor helseopplysningene er lagret og hvem som har ansvaret i pasientforløpene. Det er derfor behov for at adresseregisteret i IKT-infrastrukturen inneholder de nødvendige adressene til virksomhetene som samhandler. I tillegg vil det være behov for å ha en kontrollmekanisme i IKT-infrastrukturen som viser hvor ansvaret i pasientforløpene ligger slik at pasientene blir ivaretatt på trygg måte.

Det legges til grunn at det ved innføring av fritt behandlingsvalg må tas utgangspunkt i den samme type, til dels manuelle rutiner, som gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg. Dette innebærer for eksempel at vurderingen fra det offentlige sykehuset av rettigheter med tilhørende frist og timeavtale vil gå til pasienten i brev form, og at pasienten selv må videreformidle dette til private tilbydere dersom de velger å motta helsehjelp hos en fritt behandlingsvalgleverandør.

På sikt skal Min Helse på helsenor.no videreutvikles for å vise persontilpasset informasjon om fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, jf. kapittel 13. På kort sikt vil det imidlertid måtte etableres relativt enkle informasjonsløsninger.

En godkjenningsordning for tilbydere av fritt behandlingsvalg må understøttes av et saksbehandlingssystem som sikrer en forutsigbar og oversiktlig godkjenningsprosess. Tilsvarende må det utredes IKT-løsninger som sikrer at refusjonsordningene er raske, enkle og automatiserte.

Fritt behandlingsvalg vil kreve at sensitive personopplysninger (helseopplysninger) kan overføres mellom virksomheter. Dette kan gjelde blant annet opplysninger om:

- at en person har rett til fritt behandlingsvalg (basert på vurdering av henvisning i spesialisthelsetjenesten)
- hvilke utredninger eller behandlinger personen har rett til
- hvilke utredninger eller behandlinger personen har mottatt
- epikrise eller rapport om resultat av utredning
- krav om refusjon basert på utført helsehjelp for en gitt pasient.

Dette vil kreve robuste elektroniske kommunikasjonsløsninger som ivaretar kravene til informasjonssikkerhet og personvern.

Utviklingen av IKT i helsesektoren skal følge opp målbildet i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. I dette målbildet skal hver enkelt innbygger ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester skal gjøre kontakten med helsetjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever helsetjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Helsenor.no skal være inngangsporten til offentlige helsetjenester på nett. Departementet vil utrede hvordan vedtatte og framtidige planer for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren må tilpasses for å sikre at ordningen med fritt behandlingsvalg blir en integrert del av det langsiktige målbildet for IKT i sektoren.

Helsesektoren har etablert nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) som skal sikre at sektoren utvikler IKT-tiltak i en koordinert og prioritert rekkefølge. Departementet legger til grunn at endringer i eksisterende funksjonalitet, eller utvikling av ny funksjonalitet, som følge av fritt behandlingsvalg behandles av NUIT.

## 15 Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet

### 15.1 Forholdet til EØS-regelverket

Statsstøttereglene skal forhindre at det offentlige gir virksomheter økonomiske fordeler som kan påvirke konkurranseevnen. Skulle deler av sykehusets virksomhet omfattes av statsstøttereglene, vil det bli nødvendig å opprette separate regnskaper for å dokumentere at Staten ikke gir offentlige sykehus økonomiske fordeler i konkurransen med private. Et slikt krav ville innebære en betydelig administrasjon, rapportering og muligens utskillelse av virksomhet fra helseforetakene.

Statsstøttereglene 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, det vil si i konkurranse med private.

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 sundhetstjeneste 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".

Det vises til sak C-319/99 FENIN.

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.

### 15.2 Pasientrettighetsdirektivet

Pasientrettighetsdirektivet (Europaparlamentets- og rådsdirektivet 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester) 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. For det første er det kun helsehjelp som pasienten ville ha fått bekostet av trygdlandet 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 trygdelandet.

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. Pasientrettighetsdirektiv anses EØS-relevant og departementet antar at det vil inntas i EØS-avtalen i løpet av kort tid.

De fleste krav som følger av direktivet 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 kostnadskreven infrastruktur eller medisinsk utstyr (sykehusbehandling).

Pasientrettighetsdirektivet gir pasienter på enkelte vilkår rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Departementet vurderte i Prop. 118 L at pasientrettighetsdirektivets bestemmelser om pasienters rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling ikke var tilstrekkelig ivaretatt 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. Stortinget sluttet seg til forslagene. Departementet vil etter planen sende ut et høringsnotat med forslag til endringer i nevnte forskrift som utvider dagens refusjonsordning til også å omfatte sykehusbehandling i løpet av sommeren 2014.

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 trygdelandet (det landet som pasienten er trygdet evt. forsikret i). Det følger av forskrift om stønad til helsetjenester i EØS-land § 5 at krav til henvisning også gjelder for refusjon i de tilfeller dette er et vilkår for å motta helsehjelpen i Norge. I motsetning til fritt behandlingsvalg er det ikke etter forskriften et vilkår om at henvisningen skal være vurdert av den offentlige helsetjenesten.

## **16 Ny anskaffelsesstrategi**

I regjeringsplattformen står det:

*”Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. For å redusere ventetider og helsekø, vil regjeringen inkludere alle gode krefter i arbeidet med å behandle pasienter.*

[...]

*Regjeringen vil øke kjøpet av private helsetjenester for å redusere helsekøene”*

Parallelt med forberedelsene med å innføre fritt behandlingsvalg vil departementet følge opp disse punktene i regjeringsplattformen ved å be RHF utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud. Målene for en slik strategi skal være de samme som for fritt behandlingsvalg - 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.

Departementet legger til grunn at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud, og at ordningen med fritt behandlingsvalg skal fungere som en sikkerhetsventil for pasientene og et korrektiv til de offentlige sykehusene. Bl.a. som følge av styringssignaler fra eier, har imidlertid ikke RHFene i de to siste stortingsperiodene utnyttet mulighetene for å bruke private gjennom anbud. I bestillerdokumentet til RHF for 2006 sto det bl.a. *”Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses.”* I oppdragsdokumentet til RHF for 2010 sto det bl.a.: *”Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små offentlige sykehusene.”*

RHF har et ansvar for å sørge for at befolkningen i regionen får et spesialisthelsetjenestetilbud. Både egne eide helseforetak og private leverandører bidrar med tjenester som i sum skal sikre ivaretagelsen av ansvaret. RHF har både en bestillerrolle og en eierrolle. Bestillerrollen krever vurderinger av befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester og hvordan dette best kan dekkes gjennom bruk av egne helseforetak og private leverandører. Eierrollen innebærer styring av egne helseforetak. Kjøp fra private aktører gjøres av RHF. Ved kjøp fra private aktører skal det stilles samme krav om pasientsikkerhet, kvalitet og prioriteringer til private leverandørene som til egne helseforetak.

Kjøp fra private har historisk i hovedsak hatt karakter av supplement innen ulike fagområder. Departementet legger til grunn at en videreutvikling av bestillerfunksjonen betyr at private inngår i sørge-for-ansvaret på en annen og mer forpliktende måte enn i dag. De private aktørene kan ha større fleksibilitet enn de offentlige sykehusene i forhold til styring og omstilling, de kan være et korrektiv og det kan være strategiske fordeler knyttet til bruk av private der disse har utviklet spesiell kompetanse. Bedre oppgavefordeling som også omfatter private, og et tettere samarbeid med private, vil kunne gi økt tilgjengelighet og økt valgfrihet for pasientene, samtidig som RHF kan styre slik at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester ivaretas. En sammensetning av et helhetlig tilbud med offentlige og private aktører vil også kunne stimulere til

kvalitetsforbedring og effektivisering i de offentlige sykehusene. For å sikre tilgjengelighet for befolkningen, og stimulere til konkurranse i markedet, bør det vurderes både geografisk oppdeling av konkurranser og begrensninger på tildeling av volum til en enkelt leverandør.

Avtaler med private leverandører knyttet til sørge-for-ansvaret inngås i dag av RHF. I en ny strategi bør imidlertid HF kunne gjennomføre egne, tidsbegrensede anskaffelser for å løse lokale utfordringer. Avtaler inngått av RHF bør samtidig inneholde romslige opsjoner både med hensyn til omfang og innhold. Avtaler inngått av RHF bør også ha en opsjon for avrop fra HF. Det bør være også være muligheter for å kunne øremerke volum for HF og krav til private om å følge fastsatte faglige prosedyrer. Etter departementets vurdering vil det også være ønskelig at de regionale helseforetakene i en ny strategi samarbeider om nasjonale anskaffelser.

Økt bruk av private fordrer også god informasjon til pasientene fra helseforetakene om hvilke muligheter som ligger i fritt sykehusvalg. Alle private leverandører med avtale skal forpliktes til å rapportere ventetider til Kontoret for fritt sykehusvalg. Informasjon om de ulike tilbudene, herunder oppgave- og funksjonsdeling, må også være tilgjengelig for fastlegene. Dette vil tilrettelegge for pasientenes frie valg og bidra til bedre kapasitetsutnyttelse.

Et tettere samarbeid med private betyr også en forpliktelse for helseforetakene til å benytte opsjoner/egne kjøp fra private når man ikke når oppsatte mål på tilgjengelighet. Dette kan innebære:

- Den private aktøren kan fungere som en underleverandør til et helseforetak.
- Private aktører gis et ansvar for deler av tilbudet i et gitt geografisk område.
- Private aktører kan spesialisere seg innenfor enkelte fagområder ved at ytelser samles i større grad på enkelte institusjoner.
- Helseforetak kan redusere sine tilbud på enkelte områder.
- Helseforetakene får spesielle oppgaver overfor en eller flere private aktører/avtalespesialister.
- Utforming av samarbeid må være slik at både helseforetakene og de private ser gevinstene ved et slikt samarbeid.
- For de private kan det gjøres interessant å inngå i et slikt samarbeid bl.a. ved muligheten til å delta i forskningsprosjekter og faglig utvikling.
- Etablering av faglig samarbeid mellom privat avtalepart og det helseforetak/sykehusområdet pasientene kommer fra, eller med det helseforetak hvor den private leverandøren er lokalisert.
- Private virksomheter/avtalespesialister inkluderes i regionalt planarbeid.
- Frigjøre utredningskapasitet ved helseforetakene gjennom å bruke private leverandører mer for enkelte pasientgrupper. På denne måten kan helseforetaket få frigjort kapasitet til behandling av prioriterte pasientgrupper.
- Bruke private leverandører mer for enklere operasjoner og etterkontroller for å frigjøre egen kapasitet til høyere prioriterte pasienter.

Det offentlige bør fortsatt ha hovedansvaret for områder som for eksempel akuttmedisin, høyspesialisert medisin, nasjonale/regionale funksjoner, forskning og utdanning. Større private leverandører bør imidlertid også ha en viss forskningsaktivitet, og de vil kunne inngå i utdanningsløp.



## **17 Endring av systemet med aktivitetsstyring**

### **17.1 Innledning**

Målet med fritt behandlingsvalg er å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. I kapittel 1 redegjøres det for tre elementer som i sum vil utgjøre en større reform knyttet til fritt behandlingsvalg. For det første vil selve retten til fritt behandlingsvalg gi større valgfrihet til pasientene og mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet. For det andre tar departementet sikte på å lansere en strategi for økt bruk av anbud som del av fritt behandlingsvalgreformen, jf. kapittel 16. Anbud skal være det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private. For det tredje må det legges 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 trenger ikke nødvendigvis bli stort for å gi denne effekten. Dagens system for aktivitetsstyring av de offentlige sykehusene er imidlertid ikke forenlig med innføring av fritt behandlingsvalg, og det er nødvendig å akseptere mindre grad av aktivitetsstyring enn i dag for å realisere denne gevinsten.

### **17.2 Dagens system med aktivitetsstyring**

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. Med dagens system skal 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.

### **17.3 Behov for justeringer i dagens system**

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. Med dagens aktivitetsstyring vil imidlertid økt aktivitet innen somatikk hos fritt behandlingsvalgleverandører i prinsippet måtte 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 vil 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 RHFene 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. Ved å gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring legges det 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 RHFene kan styre aktivitetsøkningen mot de meste effektive behandlingseenhetene.

Staten vil påta seg større økonomisk risiko ved å styre på denne måten. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 prosent ISF-refusjon. Departementet understreker samtidig at det fortsatt skal 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 skal videre gå hånd i hånd med sterk 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 RHFene fortsatt bære risikoen dersom aktiviteten blir høyere enn anslått. For å unngå flytting av kø 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 RHFene for risiko er størst.

## **18 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene**

### **18.1 Forvaltning og drift**

Helsedirektoratet har allerede i dag et ansvar for å forvalte innsatsstyrt finansiering, fristbruddordningen og refusjonsordningen for helsetjenester i andre EØS-land. Mottak av data og økonomisk oppgjør i fritt behandlingsvalgordningen kan dermed integreres med etablerte systemer i NPR og HELFO. Det vil være kostnader knyttet til godkjenning og oppfølging av leverandører, jf. omtale i kap. 8. Systemer for å sikre god informasjon til pasienter og helsepersonell kan på kort sikt integreres med ordningen for fritt sykehusvalg, jf. [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no), med informasjon over tilbydere og utvalgt tilleggsinformasjon om fritt behandlingsvalgleverandørene og den enkelte leverandørens tilbud. Dagens telefontjeneste er en naturlig kanal for å veilede pasienter om fritt behandlingsvalg.

Innføring av fritt behandlingsvalg vil medføre behov for tilpasninger i eksisterende IKT-plattformer og systemer hos statlige aktører og offentlige sykehus, samt i registre for innsamling og utarbeidelse av informasjon om kvalitet, tjenestetilbud, ventetider m.m. En ordning for fritt behandlingsvalg basert på digitale løsninger i tråd med målbildet i Meld. St. 9 (2012-2013) vil kreve investeringer i IKT. Departementet vil utrede hvordan vedtatte og framtidige planer for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren må tilpasses for å sikre at ordningen blir en integrert del av målbildet for IKT i sektoren.

Det legges foreløpig til grunn at det, på kort sikt, ved innføring av fritt behandlingsvalg må tas utgangspunkt i de samme typer, til dels manuelle, rutiner som gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg. Det vil likevel være behov for et minimum av tilpasning av IKT-systemene bak helsenorge.no og frittsykehusvalg.no for å sikre relevant og oppdatert informasjon om tjenesten ved oppstart.

### **18.2 Kostnader knyttet til økt pasientbehandling**

Det legges til grunn at ordningen med fritt behandlingsvalg skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene (basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering). Det er i tråd med hensynet til en enhetlig finansiering av helseregionene, og vil motvirke en skjevfordeling mellom regionene. Utgiftene til fritt behandlingsvalg skal budsjetteres realistisk i de årlige budsjettene, og skal budsjetteres i tillegg til den aktivitetsveksten som ellers ville blitt lagt til grunn for bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Utgiftene i 2015 er foreløpig anslått til 150 mill. kroner. Etter hvert som flere tjenester inkluderes i ordningen vil dette beløpet gradvis øke.

Innføring av fritt behandlingsvalg gir samtidig større uforutsigbarhet i de økonomiske rammene til RHFene. Staten avlaster imidlertid RHFene for en betydelig del av risikoen gjennom økte utbetalinger over ISF. Aktivitet som ikke alene kan finansieres av ISF-refusjoner må sykehusene bruke basisbevilgningen til å dekke.

Innføring av fritt behandlingsvalg skal i tillegg stimulere de offentlige sykehusene til bli mer effektive. Som følge av endring i systemet for aktivitetsstyring kan sykehusene øke aktiviteten dersom de kan finansiere dette gjennom en ISF-refusjon på 50 prosent. For hver prosent aktivitetsvekst utover den budsjetterte, vil ISF-utbetalingene øke med anslagsvis 300 mill. kroner.

RHFenes økte bruk av anbud skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene.

De budsjettmessige konsekvensene av fritt behandlingsvalgreformene vil i sum avhenge både av hvor mange pasienter som velger å benytte fritt behandlingsvalg og av sykehusenes evne til å øke aktiviteten utover budsjettert aktivitetsvekst. Den største kostnaden vil trolig komme som følge av økt aktivitet i den offentlige styrte spesialisthelsetjenesten. Budsjettmessige konsekvenser av å innføre fritt behandlingsvalg vil regjeringen komme tilbake til ved fremleggelsen av de årlige budsjettforslagene.

## **19 Spesielle merknader til lovforslaget**

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

Bestemmelsen gir pasienter rett til å velge og motta helsehjelp fra virksomheter som leverer helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen. Dette er virksomheter som kommer i tillegg til den offentlige helsetjenesten og de private virksomhetene som tilbyr helsetjenester etter avtale med et regionalt helseforetak. De offentlige og private med avtale er allerede valgbare for pasienter gjennom fritt sykehusvalgordningen. Hvem disse virksomhetene er fremgår på nettstedet [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no).

Virksomheter som leverer helsehjelp gjennom fritt behandlingsvalgordningen er virksomheter som er særskilt godkjent for dette på bakgrunn av krav stilt i forskrift om fritt behandlingsvalg. Også disse virksomhetene fremgår på hjemmesiden til fritt sykehusvalg.

For å kunne motta helsetjenester fra virksomheter som leverer gjennom fritt behandlingsvalgordningen, er det en forutsetning at pasientene først har blitt vurdert av den offentlige helsetjenesten til å ha rett til nødvendig helsehjelp og har fått tildelt en juridisk frist for når helsehjelpen senest skal gis. Det er også en forutsetning at virksomheten som leverer gjennom fritt behandlingsvalgordningen er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg for å levere den konkrete helsetjenesten pasienten har behov for.

Andre ledd gir kriterier for å nekte pasienter under tvungent psykisk helsevern, pasienter under tvangshjemlene omsorgstjenesteloven § 10-2 (rusmiddelavhengige) og § 10-3 (gravide rusmiddelmissbrukere), og for pasienter under behandling med legemiddelassistert rehabilitering (LAR), rett til valg av fritt behandlingsvalg etter første ledd. Retten er 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 grunngi sitt valg.

#### *Til 4-3 Godkjenning av virksomheter som skal levere helsetjenester i fritt behandlingsvalgordningen*

Bestemmelsen gir hjemmel for at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om krav som kan stilles til virksomheter som ønsker å levere helsetjenester gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg. Andre krav som fremgår av lovgivningen, for eksempel krav stilt i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, gjelder også overfor virksomheter som leverer helsetjenester gjennom fritt behandlingsvalgordningen.

Virksomheter som ønsker å levere helsetjenester gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg må søke om godkjenning for å få rett til å levere konkrete tjenester gjennom ordningen. Det er forskrift om fritt behandlingsvalg og de kravene som stilles i den forskriften som skal ligge til grunn for behandlingen av godkjenningssøknaden.

Bestemmelsen gir eksempler på type krav som kan stilles i forskriften når virksomheter skal godkjennes. De endelige kravene som skal stilles til virksomheter som ønsker å levere gjennom fritt behandlingsvalg vil fremgå av forskriften om fritt behandlingsvalg som skal utarbeides etter at denne hjemmelsbestemmelsen er vedtatt av Stortinget.

Kravene som er nevnt som eksempler er både av objektiv og skjønnsmessig karakter. De objektive kravene er av typen rapporteringskrav på konkrete forhold, for eksempel rapportering til Norsk pasientregister, virksomhetens aktivitet og nasjonale kvalitetsindikatorer, og av typen kvalitetskrav som for eksempel kan være at virksomheten må ha nødvendig spesialistbemanning og dokumentasjon på pasienttilfredshet og medisinske kvalitetsregistre.

De skjønnsmessige kravene som er nevnt er krav som det av helsepolitiske hensyn kan være nødvendig å stille. Dette kan for eksempel være for å hindre uønsket geografisk spredning av en viss type helsetjenester, at virksomheten kan komme til å legge beslag på helsepersonellressurser det er knapphet på eller at virksomheten kan redusere den offentlige helsetjenestens mulighet til å gjennomføre sine oppgaver.

I forskriften vil det fremgå om krav som stilles er krav som må være tilfredsstilt for å få godkjenning eller krav det kan legges vekt på.

### **Forslag til lovbestemmelser**

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

Ny § 2-4 a skal lyde:

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

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan velge å motta helsehjelpen fra virksomhet som er godkjent etter forskrift om fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Retten til å velge kan ikke benyttes før etter at

pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp og har fått tildelt frist for når helsehjelpen senest skal gis, jf. §§ 2-1 b og 2-2.

§ 2-4 tredje ledd gjelder tilsvarende for retten til fritt behandlingsvalg.

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

Ny § 4-3 skal lyde:

*§ 4-3 Godkjenning av virksomheter som skal levere helsetjenester i fritt behandlingsvalgordningen*

Departementet gir i forskrift nærmere bestemmelser om krav som kan stilles til virksomheter som ønsker å levere helsetjenester gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg<sup>4</sup>. Det kan blant annet stilles krav om finansiering, rapportering, varsling, nødvendig spesialistbemanning, internkontrollsystemer og om forvaltning av godkjenningsordningen og klageadgang. Forskriften kan også gi bestemmelser om helsepolitiske, sosiale og andre vilkår, herunder stedlig plassering og tilgang på helsepersonell.

---

<sup>4</sup> Se pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4a