



Innst. 224 L

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 56 L (2014–2015)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)

Til Stortinget

1. Generelt om innføring av fritt behandlingsvalg

1.1 Sammendrag

1.1.1 Hovedinnretning i fritt behandlingsvalgreform

I proposisjonen foreslår departementet de lovendringene som er nødvendig for å innføre fritt behandlingsvalg. Regjeringen mener at økt konkurranse gjennom blant annet etablering av fritt behandlingsvalg vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. På den måten sikrer man at de offentlige sykehusene fortsatt er bærebjelken i et offentlig finansiert helsesystem 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 er en reform med tre søyler. For det første får pasienten rett til fritt behandlingsvalg. Pasienter med rett til helsehjelp skal selv kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. Private som tilfredsstillter kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris.

For det andre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud. Konkurranse gjennom anbud bidrar til at vi får mest mulig pasient-

behandling igjen for offentlige midler. Samtidig kan det legges vekt på kvalitet og samhandling, og ikke bare på pris.

For det tredje får de offentlige sykehusene større frihet. Det aller meste av pasientbehandlingen vil også i fremtiden finne sted i de offentlige sykehusene. Lykkes vi ikke med å effektivisere de offentlige sykehusene, lykkes vi ikke med å redusere ventetidene. Reformen skal mobilisere ledig kapasitet uansett om den er i private eller offentlige sykehus. De offentlige sykehusene må få muligheten til å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. Frem til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette taket er nå fjernet. Fritt behandlingsvalg skal ikke bidra til at køen flyttes fra offentlige til private leverandører. Offentlige sykehus kan derfor fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering.

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

Tjenester i fritt behandlingsvalg skal først fases inn for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Dette er dels begrunnet i ønsket om å gi psykisk helse og TSB prioritet. Samtidig innebærer det en oppstart av fritt behandlingsvalg på et avgrenset økonomisk område, slik at man kan få

erfaringer før ordningen utvides. Departementet ønsker likevel samtidig å høste erfaringer fra det somatiske området med tanke på videre utvidelse av ordningen. Det tas derfor sikte på at fritt behandlingsvalg, parallelt med innføring innen psykisk helsevern og rus, skal innføres innenfor enkelte fagområder innen somatikk.

1.1.2 Økt valgfrihet til pasientene

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

1.1.3 Mer kjøp fra private gjennom anbud

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

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

1.1.4 Større frihet til offentlige sykehus

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

bred tilslutning fra høringsinstansene til forslaget om å oppheve aktivitetstaket.

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

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

Etter departementets vurdering har styringen på aktivitet de siste årene bidratt til at foretak med effektiviseringsmuligheter ikke har kunnet øke behandlingen og redusere ventetider. Samtidig gikk alle de regionale helseforetakene med overskudd i 2013, og det er etablert god kostnadskontroll. Det er utarbeidet bærekraftige langtidsplaner for investeringer og drift som gir sterke insentiver til effektivisering og ansvarlig drift. Flere sykehus kan fremover ha potensial til å øke aktiviteten uten å gå med underskudd eller avvike fra langtidsplanene sine.

Ved å forlate systemet med streng aktivitetsstyring er det lagt til rette for at sykehusene kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Samtidig gir dette også rom for at de regionale helseforetakene kan styre aktivitetsøkningen mot de meste effektive behandlingseenhetene.

Staten påtar 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 stilles tydelige krav til sykehusene om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft. Det er nødvendig for å redusere risikoen for at sykehusene øker aktiviteten på bekostning av nødvendige årlige avsetninger til investeringer. I tillegg innførte regjeringen i 2014 regelen om at det skal være høyere vekst i aktivitet innenfor psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk. Dette vil redusere risikoen for utilsiktede prioriteringer bort fra tjenester som i dag ikke omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd. Endring av aktivitetsstyring går videre hånd i hånd med styring på måloppnåelse sett opp mot kravene til kvalitet og resultater som fastsettes i styringsdokumentene.

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

1.1.5 Særlig om ideell sektor

I spesialisthelsetjenesten yter mange ideelle organisasjoner en viktig innsats som tjenesteleverandører. De har høy kompetanse og stort engasjement, og kan bidra til nye løsninger. De fleste ideelle høringsinstansene er positive til de forslagene som departementet la frem i høringen.

Regjeringen ønsker å ta alle gode krefter i bruk, og ønsker en ny kurs i synet på samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private og ideelle aktører. Mangfold bidrar til valgfrihet, innovasjon og effektivitet. Det er pasientenes behov som skal stå i sentrum. Det er blant annet derfor regjeringen fremmer forslag om fritt behandlingsvalg.

1.1.6 Utvikling i ventetid og bruk av private

Ventetid til utredning eller planlagt behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten.

Ventetiden gikk ned i de første årene etter sykehusreformen. Noe av nedgangen kan kanskje forklares med rydding i ventelistestatistikken. Samtidig va-

rierer 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.

Ved utgangen av andre tertial 2014 var det om lag 243 000 som ventet på spesialisthelsetjeneste. De aller fleste av disse venter på somatisk behandling. Rundt 11 400 pasienter ventet på behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

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

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

1.1.7 Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet

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

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 trygde-landet.

1.1.8 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Departementet legger opp til at Helsedirektoratet skal forvalte ordningen med fritt behandlingsvalg.

Det planlegges en nettside med informasjon om hvilke tjenester som er omfattet av fritt behandlingsvalg og forventet ventetid. Systemet vil også omfatte en pasientrådgivertjeneste per telefon.

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

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.

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

Fritt behandlingsvalgreformen vil kunne øke kostnadseffektiviteten i helsesektoren og gi økt aktivitet og reduserte ventetider. Innføring av rett til fritt behandlingsvalg kan også utløse mekanismer som isolert sett kan dempe den positive effekten på ventetidene. Ordningen kan bidra til at pasienter og fastleger opplever at den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten blir mer tilgjengelig enn tidligere. Etterspørselen etter helsetjenester er til en viss grad avhengig av tilbudet av helsetjenester. Dette kan øke antall henvisninger fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan pasienter som i dag betaler for behandling hos private, enten fra egen lomme eller gjennom privat helseforsikring, i stedet velge å oppsøke den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Til en viss grad vil en slik eventuell økning i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten være ønskelig ut fra målet om en universell helsetjeneste som er offentlig finansiert.

1.1.9 Fritt behandlingsvalg - høringsrunden

I høringsnotatet ble det foreslått at retten til fritt sykehusvalg skulle bestå og at retten til fritt behandlingsvalg skulle komme i tillegg. Ved fritt behandlingsvalg vil leverandøren ikke velges etter konkurranse, slik det er når de regionale helseforetakene inngår avtale med private leverandører som vinner anbud.

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

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

De fleste høringsinstansene var enige i intensjonen med reformen, nemlig å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Høringsinstansene var positive til økt bruk av private gjennom anbud og å fjerne aktivitetstaket for offentlige sykehus.

Flere høringsinstanser var imidlertid skeptiske eller negative til forslaget om å innføre rett til fritt behandlingsvalg, blant annet pga. frykt for økt byråkratisering, svekkede vilkår for helhetlig pasientbehandling, samt risiko knyttet til ivaretagelse av pasientrettigheter og utøvelse av de regionale helseforetakenes helhetlige sørge for-ansvar.

Departementet har valgt å opprettholde forslaget om å innføre ordningen med fritt behandlingsvalg, og fremmer i proposisjonen forslag til flere endringer i ordningen – basert på høringsrunden.

1.2 Komiteens merknader

Generelt om fritt behandlingsvalg

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Marianne S. Bjørøy, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruitter, Niclas Tokerud og Karianne O. Tung, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, lederen Kari Kjønaas Kjos, Harald T. Nesvik og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun

Lysbakken, viser til regjeringens forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven, også kalt fritt behandlingsvalg (FBV). Komiteen deler regjeringens bekymring knyttet til at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling. Ved utgangen av 2. tertial 2014 ventet om lag 240 000 mennesker på spesialisthelsetjenester i Norge. Komiteen er enig med regjeringens påpeking av at det ikke er antall ventende personer som er det essensielle, men det faktum at for mange venter unødvendig lenge på behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, registrerer at det samtidig er ledig kapasitet hos offentlige, private og ideelle aktører, samt at det er potensial for at man generelt kan drive mer effektivt. Flertallet mener økt utnyttelse av kapasitet hos offentlige, private og ideelle aktører vil være et viktig bidrag til å redusere ventetidene for pasientene.

Komiteen deler også regjeringens oppfatning av at det knytter seg usikkerhet til tallene. Antall ventende er et øyeblikkstill som forteller noe om størrelsen på etterspørselen etter utredning/behandling, og sier isolert sett ikke noe om hvor lenge pasientene venter. Komiteen er uansett opptatt av at spesialisthelsetjenesten i Norge skal preges av høy kvalitet i pasientbehandlingen, med raskest mulig diagnose og igangsatt behandling.

Komiteen viser til at pasientene over en rekke år har opplevd flere lov- og regelendringer som styrker deres rettigheter, valgfrihet og makt i møte med helsetjenesten. Komiteen mener dette representerer en positiv utvikling, som har styrket pasientens stilling og har lagt til rette for utvikling av et bedre og mer brukertilpasset helsetilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at det mest effektive tiltaket for å få ned ventetidene og køene er å sikre de offentlige sykehusene gode rammebetingelser gjennom økte bevilgninger over statsbudsjettet, slik at en kan nyttiggjøre seg ledig kapasitet i det offentlige helsevesenet og hos ideelle aktører, og i tillegg ha et samarbeid med private kommersielle tilbydere, spesielt for tilstander der det er ventelister på spesifikk behandling. Disse medlemmer mener at det i tillegg er nødvendig med ny organisering og bedre ledelse av norsk spesialisthelsetjeneste, for å sikre et pasientvennlig, desentralisert og faglig godt tilbud.

Disse medlemmer viser til at regjeringen foreslår å innføre fritt behandlingsvalg, til tross for massiv motstand fra svært mange hold mot ordnin-

gen. Et stort flertall av høringsinstansene advarer mot reformen, og viser til at den ikke vil understøtte god og rettferdig utnyttelse av de samlede helseresurser. For eksempel uttaler Norsk Sykepleierforbund (NSF) at:

«Etter NSF's vurdering vil regjeringens "behandlingsvalsreform" innebære et omfang av privat kommersiell tjenesteyting som vi ikke har sett i norsk helsetjeneste før.»

Disse medlemmer er enig med NSF og mener at fritt behandlingsvalg først og fremst er en reform for private leverandører av helsetjenester, og ikke en reform for pasientene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil hevde at det ikke medfører riktighet at det har vært massiv motstand mot reformen. Tvert imot har det vært bred støtte i høringsrunden for hovedelementer i reformen, som at sykehusene får økt frihet til å behandle flere, gjennom å fjerne taket som begrenser hvor mange pasienter sykehusene kan behandle. I tillegg har det vært bred støtte for reformens del som innebærer at sykehusene får kjøpe mer ledig kapasitet hos private gjennom anbud. Flertallet vil vise til høringsnotat datert 16. februar 2015 fra Den norske legeförening, som i forbindelse med høringsrunden i komiteen skriver:

«De offentlige sykehusene har til dels store utfordringer med ventetid, behandlingsskøer og utilstrekkelig kapasitet. (...) De offentlige sykehusene har i dag i for stor grad en monopolrolle. Et noe større innslag av private aktører i spesialisthelsetjenesten vil kunne bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet for befolkningen.»

Flertallet vil presisere at det blant de høringsinstansene som var kritiske til bestemte forhold ved innretningen på reformen, ikke var entydig hva ved de konkrete forhold instansene var kritiske til – og enkelte elementer ble kritisert ut fra motstridende perspektiver.

Flertallet vil også understreke at en bred og åpen høring fungerer etter sin hensikt når det vekker engasjement og interesse, og også nye perspektiver og hensyn løftes frem i debatten. Flertallet mener det er en styrke ved demokratiet at man gjennomfører denne type høringer, som også gjør det mulig å justere på elementer ved for eksempel reformer, slik at de kan bli enda bedre.

Flertallet vil i den sammenheng påpeke at det også skjedd i denne høringsrunden. Flertallet viser til at flere elementer som ble tatt opp av sentrale høringsinstanser er imøtegått, ved at det er gjort endringer i proposisjonen fra det som ble foreslått i høringsnotatet, som skal ivareta hensynene som ble tatt

opp. Flertallet vil blant annet vise til at i den fremlagte proposisjonen er foreslått at pasient- og brukerrettighetene ikke skal svekkes for pasienter som benytter seg av den nye ordningen i fritt behandlingsvalg. I tillegg er fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg slått sammen til én ordning, som vil gjøre ordningen vesentlig enklere for både pasienter og myndigheter, og dermed imøtegår forutsetningene hos dem som var kritiske til at ordningen ville bli komplisert og/eller byråkratisk. Flertallet vil fremheve at det var flere høringsinstanser som i høringsrunden var kritiske til disse forhold, men som i høringsrunden i komiteen uttrykte støtte til de endringene som ble gjort i proposisjonen.

Flertallet viser til at Hovedorganisasjonen Virke mener ordningen med fritt behandlingsvalg vil bidra til å sette brukerne og pasientene mer i sentrum. Videre viser flertallet til at NHO Service er positive til at regjeringen tar tak i de utfordringene som ligger i dagens helsevesen. De støtter at regjeringen innfører reformen og mener den vil bidra til økt konkurranse til beste for pasienter, private leverandører av helsetjenester og for produktiviteten i sykehussektoren.

Flertallet vil på denne bakgrunn mene at høringen har vært god og bidratt til at regjeringen har lagt frem et forslag for Stortinget som i enda større grad sikrer pasientene styrkede rettigheter og utvidet valgfrihet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil peke på at to av tre søyler i regjeringens reform er tiltak som allerede ble iverksatt av regjeringen Stoltenberg II. Det aktivitetstaket den borgerlige regjeringen innførte i 2004, var ikke i operativ bruk de siste årene av den rød-grønne regjeringens periode. Sammen med økte bevilgninger til sykehusene ga dette mulighet både til økt behandlingsskapasitet i de offentlige sykehusene, og et enda sterkere samarbeid med private og ideelle gjennom tilbud og avtaler.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet merker seg at Arbeiderpartiet nå understreker at det nettopp er et sterkere samarbeid mellom offentlige sykehus, private og ideelle leverandører, som gir mulighet for helt nødvendig økt behandlingsskapasitet i den offentlige helsetjenesten. Dette står derimot i kontrast til den politikk Arbeiderpartiet førte da de kom inn i regjering sist. I Soria Moria-erklæringen fra 2005 står det tydelig at:

«...omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Ledig kapasitet i de offentlige sykehus skal utnyttes.

Disse medlemmer viser til at dette videre understrekes i foretaksprotokollene til de regionale helseforetakene i 2006, punkt 4.1.3 Relasjon til private aktører:

«Foretaksmøtet viste til Soria Moria-plattformen hva gjelder samhandling med private aktører. Følgende momenter ble tillagt vekt:

- Regjeringen vil primært løse sentrale velferdsoppgaver gjennom god utnyttelse av det offentlige tjenestetilbudet. Ledig kapasitet i foretakene i Helse RHF skal utnyttes på en god måte.

- Private aktører kan fortsatt medvirke i det samlede tjenestetilbudet, men omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Helse (...) RHF må gjøre vurderinger av behovssituasjonen og behovsdekning i forbindelse med gjeldende avtalers utløp og ved behov for inngåelse av nye avtaler.»

Disse medlemmer viser til at etter åtte år med rød-grønn regjering hadde helsekøene og ventetidene i spesialisthelsetjenesten økt. Vi så en utvikling i retning av en mer todelt helsetjeneste, der ledig kapasitet hos private utover det som ble kjøpt gjennom foretakenes avtaler, kun var tilgjengelig for de med god økonomi eller helseforsikring. Stadig flere ventet unødvendig lenge på behandling gjennom den offentlig finansierte helsetjenesten. Disse medlemmer påpeker at Arbeiderpartiets syn på hvordan, og i hvor stort omfang de offentlige og de private kan samspille om å redusere pasienters unødvendige venting, ser ut til å ha forandret seg i takt med de økende helsekøene. Disse medlemmer er derfor glad for at Arbeiderpartiet nå ser ut til å mene at samarbeidet mellom offentlige og private helseaktører må styrkes. Dette særlig fordi det er ledig kapasitet tilgjengelig som ikke fullt ut benyttes til helt nødvendig pasientbehandling for det offentliges regning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at fri rett til å velge behandlingssted har norske pasienter hatt i nesten femten år, gjennom reformen fritt sykehusvalg som kom i 2001. Denne ordningen gir pasienter som har fått tilkjent behandling rett til å velge behandlingssted blant offentlige sykehus over hele landet, eller hos private og ideelle aktører som har avtale med et helseforetak. Underveis er private aktører innen billediagnostikk med offentlig avtale tatt inn i ordningen, og regjeringen Stoltenberg II tok også initiativ til at rehabiliteringsinstitusjoner skal omfattes av fritt sykehusvalg. Dette innebærer at en større del av behandlingsskjeden tas inn i og omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg, noe som helt klart har potensial til å effektivisere pasientbehandlingen. Gjennom

fritt sykehusvalg vil den enkelte pasient kunne gjøre sine valg innenfor rammer, fordelinger og prioriteringer som er lagt av Stortinget. Disse medlemmer viser til at dette igjen betyr at pasienter som benytter seg av ordningen ikke forskyver andre pasienter, men kan velge behandlingssted innenfor et solidarisk og rettferdig system.

Disse medlemmer mener samtidig fritt sykehusvalg kan utnyttes mye bedre enn tilfellet er i dag. Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen i 2011 viste at kun 15 prosent av pasientene benyttet seg av tjenesten. Riksrevisjonen peker på at dette er for svakt, og at ordningen burde vært bedre kjent og utnyttet. Riksrevisjonens rapport viser imidlertid at til tross for at få benytter ordningen, virker den klart positivt på ventetidene. Med bedre utnyttelse av den totale kapasitet kunne ventetidene ytterligere gått ned. God informasjon og hjelp til pasientene må derfor styrkes, slik at langt flere finner fram til tjenesten. Både helseforetakene og fastlegene har i dag plikt til å informere pasientene om fritt sykehusvalg, og sykehusene har etablert rutiner for å informere om ordningen. Nettsiden frittisykehusvalg.no gir oversikt over tilgjengelige behandlingssteder og tilbud, både i offentlige sykehus og ved private behandlingssteder som har avtaler med helseforetakene. Her finnes informasjon om forventede ventetider, antall behandlinger, rettigheter og enkelte kvalitetsmål. Heldigvis viser tall fra fritt sykehusvalg at befolkningens kjennskap til tjenesten øker. I 2013 mottok pasientrådgiverne i fritt sykehusvalg totalt om lag 32 600 telefonhenvendelser, noe som er 26 prosent flere enn i 2012. Disse medlemmer mener det uutnyttede potensialet som finnes i fritt sykehusvalg viser at det er helt feil prioritering å lage en ny, omstendelig, kostbar og byråkratisk ordning som angivelig skal tilby flere valgmuligheter for pasientene – all den tid norske pasienter ikke på langt nær bruker de valgmulighetene som finnes i dag. Gjennom god informasjon, veiledning og hjelp til pasientene kan optimal utnyttelse av den totale kapasiteten som omfattes av fritt sykehusvalg gi bedre ressursutnyttelse enn det vi har nå, slik at pasientene kan tilbys rask og god behandling.

Disse medlemmer merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet i Prop. 56 L (2014–2015) stiller følgende spørsmål: «Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da?» Disse medlemmer mener at et ganske overbevisende svar kom i LHLs helsebarometer som nylig ble lagt fram. Her sier et overveldende stort flertall av de spurte at de først og fremst ønsker å bli behandlet på et sykehus nær der de bor, det vil si på det lokale sykehuset. Eller, dersom situasjonen krever det, ved et større regionsykehus eller universitetssykehus, som fins i alle regioner. Dette kan bety

at ordningen fritt sykehusvalg har sitt største potensial innen den enkelte region, der pasientene føler tilhørighet, noe også Riksrevisjonens rapport viser.

Det er derfor etter disse medlemmers mening mye som tyder på at norske innbyggere først og fremst ønsker at det satses på de offentlige sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil bemerke at dette er helt i tråd med Arbeiderpartiets politikk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til at fritt behandlingvalg handler om å utvide pasientenes valgmuligheter. Det er riktig at vi i dag har fritt sykehusvalg, men denne ordningen gjelder kun private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Ved å slå sammen fritt sykehusvalg og fritt behandlingvalg til én rettighet utvides pasientens valgmuligheter. I tillegg til å velge private aktører med avtale, kan pasienten også velge private aktører som er godkjent for fritt behandlingvalg. Denne løsningen blir enklere for pasientene enn dagens fritt sykehusvalg, som skiller på ulike institusjonstyper. Forslaget som er fremlagt i proposisjonen, betyr at det ikke lenger skilles på ulike institusjonstyper ved at noen typer institusjoner kan pasienten velge, andre ikke. Pasientene skal innen ordningen få velge fritt mellom offentlige og private institusjoner, blant private institusjoner som enten har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om fritt behandlingvalg. I tillegg vil flertallet fremheve at den nye ordningen innebærer at pasientene får adgang til å velge mellom private aktører utover det volum og mangfold som helseregionene har inngått avtaler om kjøp av tjenester med. Flertallet mener at dette vil bidra til å fremme regjeringens målsetting om å sette pasienten i fokus, i stedet for systemet.

Flertallet vil videre vise til at de borgerlige partiene historisk har vært pådrivere for å innføre og utvide lovfestede rettigheter for pasientene. Når Arbeiderpartiet nå fremhever fritt sykehusvalg som en ordning de vil utvide, og som de mener kan bidra til å gi pasientene rask og god behandling, er det verdt å minne om at de lenge var kritiske til innføringen av denne rettigheten. I tillegg vil flertallet fremheve at de borgerlige partiene lenge har vært pådrivere for å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Senest i 2012 fremmet representanter fra Høyre et representantforslag om fritt rehabiliteringsvalg og forbedret kvalitet og tilgjengelighet i rehabiliteringstilbudet. Forslaget ble nedstemt av de rød-grønne, og daværende helseminister Jonas Gahr Støre uttalte i sitt svarbrev til komiteen, datert 28. mars 2012, at han ikke så det som

hensiktsmessig å innføre en ordning med fritt valg av tilbud i private opptreningsinstitusjoner, da dette ikke ville bidra til å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester for pasienter med behov for habilitering og rehabilitering. Det virker derfor selvmotigende når Arbeiderpartiet forsøker å fremstille det som om de har vært pådrivere for å innlemme private rehabiliteringstilbud i fritt sykehusvalg. Flertallet vil fremheve at de borgerlige partiene i mange år har kjempet for at pasienter skal få lov til å velge det tilbudet som har kortest ventetid, enten dette er ved et offentlig sykehus eller hos en privat leverandør. Dette gjennomføres nå ved innføringen av fritt behandlingsvalg, først for pasienter innenfor rus og psykisk helsevern, i tillegg til noe somatikk. Også nå kjemper Arbeiderpartiet mot en reform som gir pasientene større makt, slik vi har sett så mange ganger før.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil styrke sektoren økonomisk og legge til rette for at offentlige sykehus skal kunne ha økte daglige åpningstider, f.eks. for poliklinisk dagkirurgi, for å behandle flere. Det er de offentlige sykehusene som er tilgjengelig for pasienter over hele landet, og som sørger for lik rett til tjenester. Disse medlemmer mener at en uoversiktlig og uforutsigbar ordning som fritt behandlingsvalg er et særdeles dårlig svar på innbyggernes ønsker. Undersøkelsen i LHLs helsebarometer viser med all tydelighet at det svaret Helse- og omsorgsdepartementet søker er dette: Norske pasienter har ikke noe uttalt behov for å shoppe helsetjenester i et stort og fragmentert marked. Det som betyr noe er helsetjenester nær der man bor; tilbud som først og fremst det offentlige helsevesenet kan gi alle landets innbyggere – uavhengig av bosted.

Disse medlemmer vil understreke at høringsnotatet om fritt behandlingsvalg, som regjeringen sendte ut med høringsfrist 16. september 2014, ble møtt med svært stor motstand. Flere høringsinstanser – deriblant alle de regionale helseforetakene, som representerer alle de offentlige sykehusene i Norge – viste til fare for overbehandling, byråkratisering, oppsplitting av «sørge-for-ansvaret», negative konsekvenser for de offentlige sykehusene og at målsettingen om et forsvarlig pasientforløp utfordres. Disse medlemmer merker seg at regjeringen på tross av dette har valgt å opprettholde forslaget om å innføre FBV og fremmer i proposisjonen forslag til endringer i ordningen – der den viktigste er at ordningen fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg blir slått sammen til én ordning, og at det er gjort presiseringer når det gjelder pasientrettigheter. Disse medlemmer vil understreke at selv om høringsinstanser støtter endringsforslagene som har gjort FBV

mindre pasientfiendtlig, oppfatter ikke disse medlemmer at FBV av høringsinstansene blir ansett som et nødvendig eller foretrukket tiltak for å styrke norsk spesialisthelsetjeneste. Flere sentrale høringsinstanser advarer mot fremdeles uavklarte forhold og uheldige konsekvenser av å innføre regjeringens forslag til FBV.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser videre til at flere instanser i høringen uttrykte skepsis til regjeringens forslag. Blant disse er Norsk Sykepleierforbund (NSF) som uttrykker sterk bekymring for de langsiktige konsekvensene av denne ordningen. NSF deler regjeringens bekymring for en utvikling av et todelt helsevesen, hvor de med private helseforsikringer kan kjøpe seg ut av køen, men finner det allikevel ikke bevist at den foreslåtte ordningen evner å møte utfordringsbildet på en slik måte at nytten står i forhold til kostnadene, og at kriteriene i prioriteringsforskriften overholdes. Blå Kors gir også uttrykk for skepsis til reformen, og mener den ikke bør startes opp uten at det er klargjort bedre hvordan leverandører som både har avtale med helseforetakene gjennom anbud, og blir godkjent til å levere gjennom reformen, skal håndtere denne situasjonen. De regionale helseforetakene (RHF) fremholdt i høringen at flere av RHF-enes viktige innspill til det opprinnelige høringsnotatet er hensyntatt når regjeringen nå legger frem reformen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at de tre viktigste punktene der de regionale foretakene mener de er hensyntatt, er 1) bruk av private ved vurdering/rettighetsvurdering, 2) at FBV-aktører skal delta i arbeid med individuell plan og 3) at departementet ser de betydelige utfordringene som er knyttet til den praktiske gjennomføringen av ordningen og at departementet har trukket RHF-ene inn i arbeidet med hvordan gjenstående problemer skal løses. Disse medlemmer merker seg at de regionale helseforetakene peker på den manglende IKT-samordningen som en stor utfordring og et pasientsikkerhetsproblem. Disse medlemmer vil fremheve at også de regionale helseforetakene mener ordningen er best egnet for avklarte tilstander.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at Norsk Sykepleierforbund (NSF) i høringen understreket at tall fra OECD viser at Norge har et lavt antall senger, kort liggetid og en høy beleggprosent, at vedlikeholdsetterslepet i norske sykehus er stort, og at det er behov for betydelige investeringer

i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og kompetanse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen slår sammen ordningene fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, og at dette ser ut til å få full støtte også i høringsinnspillene til komiteen.

Flertallet vil vise til at tallene fra OECD peker på forhold som i stor grad dreier seg om et etterlep av vedlikehold og behov for nye investeringer i bygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr, etter åtte år med rød-grønt styre. Flertallet vil videre påpeke at dette er områder som alle vil være en del av den nasjonale helse- og sykehusplan som legges frem for Stortinget i løpet av 2015. Flertallet mener det er et stort behov for en helhetlig gjennomgang av sykehusstrukturen i landet. Siden staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten for over ti år siden, er det ennå ikke utviklet en samlet plan med nasjonal oversikt over hvorvidt sykehusene er rustet for fremtidens behov. Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi en oversikt over fremtidige utviklings- og investeringsplaner på overordnet nivå, og vil inneholde forslag til tiltak for å sikre tilstrekkelig personell og kompetanse, samt drøfte prinsipper for sykehusstruktur og kriterier for ulike sykehus. Flertallet mener en nasjonal helse- og sykehusplan vil bidra til å utvikle fremtidens helsetjeneste basert på befolkningens behov, og er derfor fornøyd med at regjeringen har varslet at denne vil legges frem for Stortinget i løpet av 2015.

Flertallet viser til at Hovedorganisasjonen Virke mener fritt behandlingsvalg vil bidra til at brukerne får et enklere system med reelle valgmuligheter. Den norske legeförening mener det er klokt å bygge videre på en allerede etablert ordning, som kan bidra til at fritt behandlingsvalg kan bli et tilbud til hele befolkningen, og ikke bare ressurssterke pasienter. Flertallet registrerer allikevel at flere er bekymret for at ordningen fritt behandlingsvalg vil føre til økt byråkrati.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Statens helsetilsyn i sin høringsuttalelse fremhevet at fritt behandlingsvalg vil kunne medføre økt byråkratisering, både når det gjelder søknader, godkjenning og administrering av ordningen både på individuelt og organisatorisk nivå. Gitt at dette er en ordning som få vil benytte seg av, kan det være grunner for å vurdere innføringen i et kost-nytte-perspektiv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig

Folkeparti og Venstre, viser til regjeringserklæringen og samarbeidsavtalen med Kristelig Folkeparti og Venstre, hvor partiene er enige om å styrke behandlingstilbudet innenfor rus og psykiatri, heve kvaliteten i helsevesenet og å etablere mer sammenhengende behandlingsforløp for pasientene. Flertallet viser videre til at samarbeidsavtalen slår fast at fritt behandlingsvalg skal innføres, og at ordningen innføres først for rus og psykiatri, og evalueres. Gjennom reformen fritt behandlingsvalg vil pasienter som trenger rusbehandling eller behandling innen psykisk helsevern, samt noen somatiske områder, kunne velge behandling hos private på statens regning i stedet for å vente i den offentlige køen, selv om kvoten som helseregionen har kjøpt er brukt opp. Flertallet viser videre til at fritt behandlingsvalg også inneholder to grep som gjør de offentlige sykehusene mer fleksible og effektive. For det første får sykehusene frihet til å behandle flere, ved at taket som begrenset hvor mange pasienter de kunne behandle, er fjernet. For det andre får sykehusene kjøpe mer ledig kapasitet hos private når det trengs, gjennom at regjeringen har gitt beskjed om større bruk av tilbud. Flertallet er glad for at begge disse grepene fikk bred støtte i høringen. Flertallet understreker at det ikke er et mål ved fritt behandlingsvalg at flest mulig pasienter skal velge seg bort fra den offentlige helsetjenesten.

Flertallet viser til at målet er å redusere ventetiden, styrke pasientenes valgmuligheter og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen innfører et stort helsepolitisk prosjekt, fritt behandlingsvalg, samtidig som det legges til grunn i proposisjonen at pasientene ikke nødvendigvis vil benytte seg av den nye ordningen i stor grad. Disse medlemmer vil også vise til statsrådets brev av 6. mars 2015, der statsråden ikke kan fastslå at innføring av FBV vil få betydning for bruken av private helseforsikringer, selv om en todeling av helsevesenet er brukt som argument for å innføre ordningen. Disse medlemmer mener dette viser at reformen er ideologisk betinget, der troen på konkurranse er det grunnleggende, og ikke pasientenes egentlige behov. Disse medlemmer viser til følgende punkt i regjeringsplattformen:

«Regjeringen mener i utgangspunktet at produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester. Bruk av konkurranse stimulerer til verdiskaping, bedre tjenester og effektivisering. Det er derfor helt nødvendig at konkurranse blir et gjennomgående element i offentlig virksomhet. Lovfestede rettigheter til velferdstjenester, kombinert med fri etable-

ringsrett og stykkprisfinansiering direkte til den tjenesteproducent forbrukeren velger, kan bidra til å sikre en slik utvikling.»

Disse medlemmer er sterkt uenig i dette, og mener tvert om at produksjon av velferdstjenester skiller seg mye fra produksjon av andre varer og tjenester.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er glad for at de rød-grønne partiene gjentar Høyre-Frp-regjeringens viktige politiske målsettinger som er nedfelt i regjeringsplattformen. Disse medlemmer viser til at sitatet er hentet fra kapitlet «Fornyelse, administrasjon og kirke» med overskrift «konkurrans» i Sundvolden-erklæringen, hvor partiene slår fast at bruk av konkurranse stimulerer til verdiskaping, bedre tjenester og effektivisering. Disse medlemmer viser videre til at Den norske legeförening gir uttrykk for at de deler regjeringspartienes oppfatning av at konkurranse, også på helsetjenester, vil kunne stimulere offentlige sykehus til å bli mer effektive og påvirke positivt til å redusere unødvendig venting og helsekøer. Disse medlemmer vil gjerne sitere de neste to linjene fra det samme utdraget i Sundvolden-erklæringen:

«Regjeringen vil åpne for konkurranse blant annet innen skinnegående transport, utvikling, drift og vedlikehold av flyplasser og drift av fergestrekninger.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser videre til at regjeringen, sammen med samarbeidspartiene, har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i våre to første budsjetter, sammenlignet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte år.

Flertallet er opptatt av at vi de siste årene har sett en utvikling i retning av et mer todelt helsevesen i Norge, hvor de med helseforsikring betalt av arbeidsgiver eller god personlig økonomi har kunnet sikre seg raskere helsehjelp enn mennesker som venter i offentlig helsekø. Flertallet mener det er uheldig om denne trenden drives av at altfor mange pasienter skal vente unødvendig lenge på behandling mens det er ledig kapasitet både på offentlige og private/ideelle behandlingssteder. Flertallet er opptatt av å redusere ventetidene for pasientene gjennom utnyttelse av kapasitet i både private, ideelle og offentlige institusjoner.

Med reformen fritt behandlingsvalg legger regjeringen opp til at ventetiden skal gå ned og valgfriheten skal øke. Gjennom reformen legger regjeringen til rette for bedre å ta i bruk et mangfold av aktører, som inkluderer både offentlig og privat sektor, herunder ideelle. Flertallet er tilfreds med at regje-

ringen med dette ytterligere styrker pasientenes rettigheter. Flertallet viser til at regjeringen har lyttet til viktige innspill i høringsrunden, og at man foreslår å slå sammen fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg. Dette innebærer at pasientene får en liste å velge fra, og vil bidra til en ordning som er enkel og lett tilgjengelig å forholde seg til. Flertallet er opptatt av pasienters rett til selv å velge behandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at når ordningen fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg slås sammen til én ordning, vil det bety at pasienter som ønsker behandling hos en privat tilbyder uten avtale med det offentlige, først må søke seg til det offentlige eller til en privat tilbyder som har fått delegert vurderingskompetanse fra de regionale foretakene. Så – etter å få tildelt pasientrettigheter – må pasienten velge seg videre til den aktuelle private tilbyderen. Disse medlemmer vil understreke at fritt sykehusvalg er kritisert for å fungere best for ressurssterke personer med høy inntekt og utdanning, og at den nye ordningen fritt behandlingsvalg med private tilbydere med og uten vurderingskompetanse, og private tilbydere med og uten avtale med regionale foretak, ikke representerer noen forenkling, men tvert om vil kunne gjøre pasientvalgene enda mer komplisert å sette seg inn i.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener det er uforståelig at regjeringen hevder den nye ordningen vil oppheve volumbegrensninger i helsevesenet, all den tid ordningen finansieres innen en gitt ramme til helseregionene, vil Stortingets rammebevilgning fortsatt styre de totale økonomiske ressursene utover ISF som skal brukes til spesialisthelsetjenesten. Et eventuelt ubegrenset volum innen en gitt ramme vil føre til uforutsigbare kutt på andre områder innen den samme rammen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil videre påpeke at det ikke er riktig at ordningen fritt behandlingsvalg med private tilbydere med eller uten vurderingskompetanse vil gjøre pasientvalgene mer komplisert å sette seg inn i. Flertallet vil vise til at det i alle helseregioner har forekommet at man har latt private eller ideelle aktører som de har avtale med, foreta rettighetsvurderinger. Flertallet vil påpeke at dersom de regionale helseforetakene ikke hadde fått en hjemmel til å delegere myndighet til private til å foreta rettighetsvurderinger så ville det medført at pasienter som i dag vurderes hos private, må innom offentlige sykehus før de behandles hos private. Flertallet

tallet vil fremheve at de regionale helseforetakene advarer kraftig mot at praksisen hvor private har fått delegert myndighet til å foreta rettighetsvurderinger endres, fordi det vil gi økt byråkrati og merarbeid som rammer både pasienter og sykehus. Flertallet vil presisere at det er de regionale helseforetakene som gjennom lovhomehlen gis myndighet til å bestemme hvilke private aktører som skal ha kompetanse til å foreta rettighetsvurderinger. Med andre ord er det ingen automatikk i at en privat aktør som får godkjenning som fritt behandlingsvalgleverandør, også skal foreta rettighetsvurderinger.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil videre vise til at retten til fritt behandlingsvalg handler om å gi pasienten en utvidet mulighet til å velge hvor helsehjelpen skal mottas, og pasienten skal kunne oppsøke andre tilbud enn de som er med i fritt sykehusvalg. Samtidig skal de fortsatt kunne benytte leverandører som allerede er med i fritt sykehusvalg, uten å måtte risikere å bli avvist fordi volumet i avtalen med det regionale helseforetaket er brukt opp. Løsningen om å slå sammen fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg vil innebære at man får én ordning og én rettighet, med andre ord et betydelig enklere og mer forståelig rettighetssystem. Dette flertallet viser til at samtidig som denne ordningen forenkler og forbedrer rettighetssystemet fra et pasientperspektiv, så sikrer forslaget at det offentlige har kontroll med hvilke virksomheter som skal ha kompetanse til å tildele rettigheter. Det skal være de regionale helseforetakene som skal bestemme hvilke private virksomheter, og det offentlige kan trekke tilbake denne kompetansen dersom denne kompetansen blir misbrukt. Det innebærer at det offentlige fortsatt vil ha kontroll over rettighetsvurderingen.

Dette flertallet viser til at i fritt sykehusvalg var det helseregionene som bestemte en kvote for hvor mange pasienter som kan behandles av private, herunder ideelle. I den nye ordningen under fritt behandlingsvalg vil pasienter omfattet av rettigheten kunne velge behandling hos private og ideelle institusjoner på statens regning, i stedet for å vente i den offentlige køen, selv om kvoten som helseregionen har kjøpt er brukt opp. Dette flertallet viser til at denne ordningen først skal innføres innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015, samt noe somatik.

Dette flertallet støtter innføringen av fritt behandlingsvalg. Dette flertallet vil understreke at det alt vesentlige av pasientbehandlingen fortsatt vil skje på de offentlige sykehusene, men at fritt behandlingsvalg blir en viktig sikkerhetsventil for pasientene og en stimulan for de offentlige sykehusene til å bli bedre.

Administrasjon og IKT-systemer

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, minner om at all helsetjeneste, uansett om den er i offentlig eller privat regi, krever velfungerende systemer for å sikre god kvalitet. Flertallet peker på at fritt behandlingsvalg i hovedsak vil etableres innenfor rammen av de systemene som allerede finnes. Private som leverer i FBV-ordningen, skal stilles overfor tilsvarende krav til kvalitet som private med avtale og offentlige sykehus. IKT-løsninger for informasjon til pasienter om tilbudene i FBV og utveksling av pasientinformasjon mellom offentlige sykehus og FBV-leverandører, vil i hovedsak bygge på løsningene som i dag også gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg. Flertallet viser til at det i 2015-budsjettet ble bevilget 20 mill. kroner knyttet til utvikling av felles IKT-systemer som vil understøtte FBV, fritt sykehusvalg, fristbruddsordningen og ordningene for utenlandsbehandling. Dette vil komme pasienter som benytter disse ulike ordningene til gode. Flertallet viser også til at Helse- direktoratet, som allerede i dag forvalter fristbruddsordningen og innsatsstyrt finansiering, vil få oppgaver knyttet til godkjenning og oppfølging av FBV-leverandører. Flertallet vil trekke frem at dagens IKT-løsninger i helsetjenesten ikke godt nok ivaretar pasienters rett til innsyn i egne journaler eller god nok flyt av viktig pasientinformasjon mellom ulike helseforetak. Flertallet viser til arbeidet som pågår knyttet til oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – en journal, og videre til ny, vedtatt pasientjournallov i 2014 som gir mulighet til å utvikle moderne løsninger for å dele helseopplysninger. Flertallet er opptatt av at det holdes et høyt tempo i arbeidet med å sikre mer enhetlige og integrerte IKT-systemer i helsetjenesten.

Flertallet mener det fortsatt vil være behov for IKT-løsninger som understøtter god og brukervennlig informasjon til pasienter og helsepersonell. Flertallet viser til at det i proposisjonen beskrives at ordningen på kort sikt vil måtte ta utgangspunkt i den samme type, til dels manuelle rutiner for informasjonsutveksling mellom aktører som gjelder ved bruk av dagens fritt sykehusvalg. Flertallet mener det må være en viktig målsetting at IKT-systemene generelt i helsetjenesten bedres. At viktig pasientinformasjon kan formidles trygt og raskt mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, og at pasienter får tilgang på egne helseopplysninger i langt større grad og enklere enn i dag. Flertallet merker seg at på sikt skal Min Helse på helsenorge.no videreutvikles for å vise persontilpasset informasjon i form av for eksempel rettighetsvurdering i fritt behandlingsvalg.

Flertallet vil peke på at manglende IKT-samordning er en stor utfordring i helsetjenesten generelt. Utfordringene knyttet til samhandling mellom IKT-systemer oppstår ikke ved innføring av fritt behandlingsvalg. Disse utfordringene ligger der allerede i dag, jf. beskrivelsen av utfordringsbildet for IKT i Meld. St. 9 (2012–2013). Flertallet legger til grunn at ordningen med fritt behandlingsvalg vil ta utgangspunkt i de samme rutinene som gjelder for fritt sykehusvalg, og at fritt behandlingsvalg vil omfattes av det langsiktige arbeidet for å sikre mer enhetlige og integrerte IKT-systemer. Flertallet legger videre til grunn at det i forskriften settes rammer og krav til samarbeid og informasjonsutveksling som sikrer sammenhengende forløp for pasienten.

Flertallet viser til at fastlegene ofte kjenner den enkelte pasient best, og flertallet mener at fastlegene må spille en nøkkelrolle for å sende pasientene på en god og riktig måte inn i en komplisert spesialisthelsetjeneste. Basert på erfaringene en har med fritt sykehusvalg, vet en at det er et betydelig behov for opplæring og god nettinformasjon om FBV til fastlegene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er enig med de regionale helseforetakene om at fritt behandlingsvalg representerer betydelige utfordringer med tanke på bruk av IKT i kommunikasjon og informasjon på tvers i helsesektoren. Når private aktører i spesialisthelsetjenesten kan behandle pasienter uten at avtale er inngått på forhånd med et helseforetak, innebærer dette at det i utgangspunktet ikke foreligger naturlige kontaktpunkter mellom det offentlige og aktuelle private behandlere i den nye helsereformen.

Disse medlemmer mener at ordningen fritt behandlingsvalg vanskeliggjør god og sikker informasjonsflyt mellom offentlig helsesektor og private tilbydere.

I stortingsbehandlingen av Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven, jf. Innst. 295 L (2013–2014) fremmet Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede og komme tilbake til Stortinget på egnede måte med forslag om hvordan private aktører med rett til automatisk statlig finansiering av pasientbehandling, uten avtale med det offentlige, skal kunne forpliktes på følgende punkter:

- levere gode og fullstendige helsedata til offentlige registre
- bidra til å realisere ambisjonen om «én innbygger – én journal»
- ha sikker håndtering av pasientjournaloppløsninger

- ha trygg og operativ samhandling med resten av helsevesenet

Regjeringen bes også å utrede hvem som skal være databehandlingsansvarlig, når pasienter skal behandles på det offentliges regning i regi av den omtalte ordningen.»

Disse medlemmer peker på at regjeringspartiene den gang ikke ville støtte den ambisjonen de opplyste punktene tar til orde for, og ser med uro og bekymring på at den foreliggende proposisjon om fritt behandlingsvalg ikke adresserer disse utfordringene.

Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at regjeringspartiene bagatelliserer bekymringene som er kommet klart frem i høringsrunden og som det advares sterkt mot, nemlig at en helsereform for utvidet bruk av private tilbydere innføres selv om det er manglende felles IKT-løsninger mellom offentlige sykehus og private tilbydere i ordningen. Disse medlemmer vil presisere at de regionale helseforetakene har et viktig sørge-for-ansvar for innbyggere i helseforetakets område. Disse medlemmer viser til at under komiteens høring fremholdt de regionale helseforetakene følgende:

«Manglende IKT-samordning er et problem i helsetjenesten generelt, inkludert forholdet mellom HF og private kommersielle aktører. Dette blir enda mer problematisk ved FBV, der det ikke er avtaler mellom RHF og privat aktør og regelmessig oppfølging av disse. RHFene har regelmessig møter med sine private leverandører flere ganger årlig, og følger deres aktivitet. Dette gjør det mulig å ta tak i forhold der samarbeidet om pasientforløp ikke er godt nok. FBV-leverandørene vil ikke ha en slik kontakt med HF/RHFene, da relasjonen ikke er basert på avtaler, men på en godkjenningsordning som er plassert utenfor RHF-systemet.»

Disse medlemmer viser til at de regionale helseforetakene på høringen stilte spørsmålet:

«Hvordan sørge for at brukerne opplever sammenhengende forløp i spesialisthelsetjenesten når de samarbeidene aktører ikke har kommuniserende IKT-systemer og ikke har avtaler som regulerer samarbeidet?»

Disse medlemmer mener at dette er et grunnleggende spørsmål som regjeringens og regjeringspartiene ikke kan svare på, og anser dette som alvorlig.

Disse medlemmer vil understreke at de regionale foretakene mener at pasienter som velger FBV etter å ha vært vurdert i et HF, forsvinner ut av «IKT-synsfeltet» til sitt HF. Helseforetakene kan i sitt pasientadministrative system ikke se om en privat leverandør tar imot pasienten, om frist for start av helsehjelp overholdes eller om det i det videre forløp avdekkes forhold som viser at pasientene har behov

som går ut over det den private leverandøren er kompetent til å gi. Disse medlemmer viser videre til at de regionale helseforetakene på høringen også understreket at manglende IKT-samordning og fravær av avtaler og oppfølging er et pasientsikkerhetsproblem som krever kompenserende tiltak, og at dette er særlig viktig ved uavklarte tilstander hvor man bytter aktør før man vet hvilken behandling pasienten har behov for.

Disse medlemmer vil vise til Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet og den tverrpolitiske målsettingen om å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenestene, og mener det er svært bekymringsfullt at regjeringen foreslår å innføre FBV uten krav om IKT-samordning. Disse medlemmer mener at helseforetakenes advarsler om at dette er et pasientsikkerhetsproblem, særlig for pasienter med uavklarte tilstander, burde tas på største alvor. Disse medlemmer mener at å sikre forsvarlige helsetjenester og pasientforløp for alle pasienter, burde være en selvfølge for offentlige myndigheter å legge til rette for, og at Helsedirektoratets ansvar for oppfølging av FBV-aktørene ikke er et svar på de pasientutfordringene som her påpekes.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette som krav for godkjenning av aktører i ordningen med fritt behandlingsvalg at det etableres kommuniserende IKT-systemer, som sikrer et godt samarbeid om pasientforløp med den offentlige helsetjenesten.»

Ideell sektor

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er opptatt av at mange ideelle organisasjoner er blant de private som yter en viktig innsats som tjenesteleverandør i spesialisthelsetjenesten. Ideelle leverandører har også høy kompetanse og stort engasjement og bidrar med viktig nytenkning og innovasjon i tjenesten. Flertallet merker seg at de fleste ideelle aktørene er positive til reformen i innspillene til høringsnotatet, og at Hovedorganisasjonen Virke og Blå Kors uttrykte det samme i komiteens høring. Flertallet er opptatt av å ta alle gode krefter i bruk og ønsker, som regjeringen, god samhandling og samarbeid mellom det offentlige og private og ideelle aktører. Troen på den viktige dynamikken i samarbeidet mellom offentlig og privat/ideell sektor, samt intensjonen om at pasientenes behov skal stå i sentrum, er selve bakgrunnen for at regjeringen fremmer forslaget om fritt behandlingsvalg. Flertallet viser til at det i stor grad er private, ideelle aktører som har vært pionerer og innovatører innenfor tverrfaglig spesialisert døg-

behandling for rusavhengige. Flertallet viser til at disse aktørene bidrar til å skape et viktig mangfold av velferdstjenester og terapiformer som er individrettet og pasientnære i sin tilnærming. Flertallet peker på at fritt behandlingsvalgsreformen spesielt egner seg for spesialisert og tverrfaglig rusbehandling, da det allerede eksisterer et stort omfang av private og ideelle institusjoner med sterke fagmiljøer og høy kompetanse. Flertallet merker seg at regjeringen arbeider med å finne tiltak som kan videreutvikle rammevilkårene for de ideelle tjenesteleverandørene, og er svært glad for at regjeringen ønsker å videreføre og videreutvikle samarbeidsavtalen med ideell sektor om leveranser av tjenester innenfor helse- og sosialområdet.

Flertallet vil understreke de ideelle aktørenes verdi i samfunnet, og peke på deres særpreg og kvaliteter. Flertallet vil i denne sammenheng vise til samarbeidsavtalen med de ideelle aktørene og til arbeidet med de historiske pensjonskostnadene og til regjeringens formuleringer om rammevilkårene for de ideelle, i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2015:

«Regjeringen ønsker også at handlingsrommet for å inngå langvarige og løpende avtaler ved offentlige anskaffelser skal utnyttes for å sikre brukere og pasienter gode og stabile tjenester. Økt bruk av langvarige og løpende avtaler vil også bidra til mer stabile rammevilkår for ideelle organisasjoner som leverer helse- og sosialtjenester.»

Flertallet mener utnyttelse av ledig kapasitet blant de ideelle aktørene vil være avgjørende for å kunne behandle flere pasienter. At den enkelte pasient skal sikres helsetjenester av høy kvalitet, forutsetter ressursutnyttelse også hos ideell sektor. Mange av de ideelle tjenesteleverandørene innen helse- og sosialområdet har høy kompetanse, gode fagmiljøer og andre positive egenskaper som gjør dem til en viktig leverandør av helse- og omsorgstjenester. Flertallet er derfor opptatt av at samarbeidet med ideell sektor om leveranser av helse- og sosialtjenester videreutvikles.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at en sterk ideell sektor er en forutsetning for et godt helsetilbud i Norge, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at ideelle organisasjoner og non-profitbaserte institusjoner har hatt, og fortsatt har, en grunnleggende rolle i utviklingen av det norske velferdssamfunnet. På mange områder var det nettopp disse som var starten på mange av de velferdstjenestene Norge har i dag. De ideelle aktørene har spesielle kvaliteter, verdier og vilkår som må verdsettes og tas i betraktning. Disse

medlemmer viser til at offentlige, kommersielle og ideelle aktører er gjensidig avhengige av hverandre. Uten en velfungerende stat fungerer ikke privat sektor, og ideelle og kommersielle aktører utgjør en viktig og selvfølgelig del av velferdssamfunnet. For at de ideelle institusjonene skal kunne utvikle seg videre på sine egne premisser, må disse gis vilkår som er tilpasset deres kvaliteter og særpreg. Disse medlemmer vil understreke at ideell sektor har en selvstendig egenverdi, og at det er en politisk oppgave og et politisk mål å sikre at sektoren bevares.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at de ideelle aktørene skal møtes med respekt, og at de skal sikres rammevilkår som er stabile og forutsigbare.

Disse medlemmer vil peke på at helse-, omsorgs- og sosialsektorene ikke er eller bør være et marked, men en del av den statlige myndighetsutøvelsen. Disse medlemmer mener disse sektorene er dårlig egnet for tradisjonelle anbudskonkurranser, der kortsiktige økonomiske kriterier oftest blir avgjørende. Konkurranseregimets innebygde dynamikk setter pris framfor kvalitet, og kortsiktighet i stedet for langsiktighet. Disse medlemmer mener alle ideelle aktører bør få direkte forhandlinger om kontrakter i stedet for å måtte levere inn anbud.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til tidligere forslag fremmet i Stortinget av Kristelig Folkeparti om at det bør være generell praksis ved anskaffelse av helse- og sosialtjenester fra ideelle virksomheter hvor det benyttes direkte forhandlinger om driftsavtaler, ikke anbudskonkurranser, jf. Dokument 8:136 S (2009–2010).

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at ideelle organisasjoner yter en viktig innsats som tjenesteleverandører, og har høy kompetanse og god kvalitet på et ofte skreddersydd pasienttilbud. Disse medlemmer vil understreke at samarbeidet mellom det offentlige og frivillige, ideelle organisasjoner på helse- og velferdsfeltet må styrkes. For å sikre forutsigbarhet for ideelle organisasjoner må dette skje gjennom langsiktige avtaler basert på kvalitet, ikke gjennom et anbudssystem eller fritt behandlingsvalg der det vil være i en sterk konkurranse med andre private, kommersielle aktører.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen vil videreføre samarbeidsavtalen med ideell sektor om le-

veranser av tjenester innenfor helse- og sosialområdet, en samarbeidsavtale som den rød-grønne regjeringen innførte.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at avtaler med ideelle aktører visis fra anbud over mot lengre og løpende avtaler for å sikre forutsigbarhet og høy kvalitet.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at Virke i sitt høringsnotat til komiteen påpeker at ideell sektor og privat rehabilitering utgjør hoveddelen av ledig kapasitet i spesialisthelsetjenesten utenfor statlige sykehus. Virke viser til at både regjeringen og Stortinget er godt kjent med ideelle aktørers utfordringer med historiske pensjonskostnader. En forutsetning for en vellykket gjennomføring av FBV er ifølge Virke at regjeringen finner en løsning på pensjonssaken.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utsette innføring av fritt behandlingsvalg inntil det er kommet en løsning på pensjonsutfordringene for ideelle organisasjoner som tilbydere av helse- og sosialtjenester.»

Evalueringsav reformen

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen legger opp til en forskningsbasert følgeevaluering av FBV-reformen i regi av Forskningsrådet. En slik evaluering skal belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Flertallet mener også det er viktig at evalueringen vurderer effekt på andre sentrale helsepolitiske mål, bl.a. likeverdig tilgang til helsetjenester og pasientsikkerhet. Flertallet mener en slik følgeevaluering vil muliggjøre læring og legge til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av fritt behandlingsvalg. For å styrke grunnlaget for en slik evaluering er flertallet enige om at noen somatiske diagnoser skal være med ved oppstart. Flertallet ser at en slik forskningsbasert evaluering vil ta noe tid både å sette opp og gjennomføre. I tillegg til en forskningsbasert følgeevaluering er det derfor viktig at det løpende gjøres brukerundersøkelser på vegne av pasienter, vurderinger av informasjonsflyt og journalsystemer, samhandling mellom helseforetakene og private aktører samt at

kostnadene spesielt skal gjennomgås etter første hele driftsår i 2016. Både brukeropplevd tilfredshet blant pasienter og kostnadskontroll må ligge til grunn før en går videre med å fase inn ytterligere somatiske lidelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det vil være sentralt å se på hvordan IKT-løsningene fungerer, hvordan ordningen virker inn på helsebyråkratiet, informasjonsflyt og journalsystemer i det offentlige og private/ideelle sykehus/institusjoner. Disse medlemmer vil understreke at en evaluering også må gi svar på andre viktige spørsmål – som i hvilken grad FBV vil påvirke innsatsen for forskning/innovasjon, hvilke økonomiske konsekvenser ordningen vil gi, og hvilken kostnadskontroll vi har på reformen og om vi har nok/rett kompetanse hos personale som skal løse FBV.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme egen sak for Stortinget om evaluering av FBV-ordningen, der Stortinget får ta stilling til eventuell utviding eller utvikling av ordningen.»

Finansiering og prioritering

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil vise til at finansieringsordningene er ett av flere virkemidler i helsepolitikken. Alle finansieringsordninger kan ha utilsiktede effekter, også aktivitetsbasert finansiering. I styringen vektlegges det at det er de medisinske faglige vurderingene som skal være førende for den helsehjelpen den enkelte pasient tilbys. Riktig prioritering og god og helhetlig pasientbehandling skal primært fremmes gjennom faglige retningslinjer, lover og forskrifter mv. Gjennom ISF gis samme type pasientbehandling lik finansiering, forutsatt at samme type behandling registreres og rapporteres på samme måte. Dette følges opp løpende i utviklingen av medisinske kodeverk, arbeidet med finansieringsordningene, i kommunikasjon med sektoren og i kontrollarbeidet. Flertallet vil vise til at helseforetakene har ansvaret for å organisere sin virksomhet på best mulig måte. Dette gjelder også organisering av medisinsk koding. Flertallet vil understreke at det gjelder et krav for all utførelse av helsehjelp at den skal være forsvarlig, og at dette kravet gjelder like fullt uavhengig av hensyn til økonomi.

Flertallet mener ISF har vist seg velegnet som instrument for å legge til rette for økt aktivitet på en mest mulig effektiv måte. Fra 2015 er denne ef-

fekten forsterket gjennom fjerningen av aktivitetstaket.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det store volumet av pasientbehandling skjer i de offentlige sykehusene og at regjeringen legger til grunn at det er her de største gevinstene av fritt behandlingsvalg i form av reduserte ventetider må realiseres. Disse medlemmer registrerer at å fjerne aktivitetsstaket blir omtalt som å gi større frihet til offentlige sykehus, og at regjeringen mener dette legger til rette for at de offentlige sykehusene slik kan respondere på økt konkurranse. Disse medlemmer merker seg at økt aktivitet i de offentlige sykehusene er ment å finansieres gjennom innsattsstyrt finansiering (ISF), samtidig som FBV innføres først for området rus og psykiatri som er finansiert over basisbevillingen og ikke er omfattet ISF. Disse medlemmer mener dette viser nok en brist ved reformen, og at FBV for disse områdene vil være en reform som hindrer de offentlige sykehusene å utvikle sitt tilbud. Disse medlemmer viser i tillegg til at Den norske legeforening er bekymret for at ordningen vil føre til økt bruk av døgnbehandling i psykiatrien på grunn av økt offentlig finansiering av døgntilbud hos private tilbydere, siden bruk av polikliniske tjenester ikke omfattes på lik måte. Disse medlemmer mener at somatiske områder som innlemmes i ordningen og som skal finansieres av innsattsstyrt finansiering, vil kunne påvirke dreiningen av pasientbehandling over til behandlinger som lettere lar seg finansiere. Dette er ikke å gi sykehusene mer frihet, det er mer frihet til å behandle de mest lønnsomme pasientene, og ikke pasientbehandling som det er størst behov for.

Disse medlemmer viser til at innføring av FBV legger til grunn en fortsatt høy bruk av ISF på 50 prosent, og at denne skal være styrende for videre finansiering og dermed utvikling av den offentlige helsetjenesten. Disse medlemmer vil vise til at NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten (Nordheimutvalget) mener det er mer behov for forskningsbasert kunnskap om virkninger av ulike finansieringsordninger slik helsetjenesten i Norge er innrettet, og at det trengs analyser ut fra prioriteringsvirkemidler, kvalitet og produktivitet i tjenesten. Disse medlemmer vil også peke på at Nordheimutvalget tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen til 50 prosent fra 2014 påvirker behandlingsbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF og om den forhøyede ISF-andelen påvirker prioriteringer mellom lite kostnadskrevende pasienter og meget kostnadskrevende pasienter innenfor hver enkelt DRG i ISF-ordningen.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen evaluere hvordan ordningen med økt ISF-andel til 50 prosent påvirker behandlingstilbudet og prioriteringer.»

Disse medlemmer vil påpeke at Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti ved innføring av Samhandlingsreformen vedtok en målsetting om at graden av ISF skulle reduseres til 30 prosent, fra 40 prosent. Men etter regjeringsskiftet har graden av ISF i stedet økt til 50 prosent, og dette legges nå til grunn for innføring av den nye helsereformen FBV. Disse medlemmer er bekymret for de prioriteringsmessige konsekvensene av høyt innslag av ISF i helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil presisere at Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at sykehustjenester i all hovedsak bør rammefinansieres.

Disse medlemmer vil understreke at regjeringen i lovproposisjonen selv viser til at et generelt funn i den helseøkonomiske faglitteraturen er at risikoen for såkalt tilbyderindustri etter spørsmål øker i et rent aktivitetsbasert system, dvs. at legen initierer unødvendig behandling.

Forholdet til EØS-regelverket og pasientrettighetsdirektivet

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil påpeke at retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet, i likhet med fritt behandlingsvalg, gir pasienten økte muligheter til å velge tjenesteyter. Ordningene er imidlertid innrettet på ulike måter. Flertallet viser til at pasientrettighetsdirektivet gir rett til refusjon av utgifter til helsehjelp generelt, og er ikke begrenset til spesialisthelsetjenester slik som fritt behandlingsvalg. Flertallet viser videre til at 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 trygde-

landet. Flertallet vil bemerke at lovendringene fra 2013 var nødvendige for å gjennomføre Europarlamentets- og rådsdirektiv 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti var imot innføringen av pasientrettighetsdirektivet i norsk rett.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til merknad i Innst. 99 S (2014–2015) om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (Pasientrettighetsdirektivet):

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg paralleller i måten disse to sakene håndteres på. Måten regjeringen foreslår å implementere Pasientrettighetsdirektivet på, vil gi en åpning for finansiering av sykehus i EØS-området og dermed en innføring av reformen Fritt behandlingsvalg gjennom EØS-avtalen, uten tilstrekkelig høring og stortingsbehandling i forkant.»

Disse medlemmer understreket ved behandlingen av pasientrettighetsdirektivet at det på en grunnleggende måte utfordrer myndighetenes mulighet til planlegging, kostnadskontroll og prioritering i eget helsevesen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at markedsrettingen og kommersialiseringen EØS-retten legger opp til i helsevesenet er uønsket. Disse medlemmer mener FBV er utformet slik at norsk regelverk i enda større grad enn tidligere vil harmonere med EØS-regelverket og vil påpeke at FBV på samme måte utfordrer mulighet for planlegging, kostnadskontroll og prioritering i helsevesenet. Disse medlemmer viser også til at markedsrettingen av helsevesenet nasjonalt og innenfor EØS-området åpner for et større innslag av helsekonsern med utenlandske eiere i Norge.

2. Rett til fritt behandlingsvalg

2.1 Sammendrag

2.1.1 Når skal retten til fritt behandlingsvalg inntre?

Få høringsinstanser har hatt innvendinger mot at retten til fritt behandlingsvalg skal inntre når pasienten er vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjeneste. Departementet opprettholder derfor dette forslaget.

Det er imidlertid et sentralt spørsmål hvem som skal kunne tildele pasient- og brukerrettigheter. Departementet har lagt til grunn at det kun er den offentlige spesialisthelsetjenesten som kan tildele pasient- og brukerrettigheter. Med det menes de offentlige eide virksomhetene, samt de diakonale sykehusene.

Høringen viste imidlertid at de regionale helseforetakene har tolket gjeldende rett annerledes. Flere av de regionale helseforetakene har delegert myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private virksomheter som de har avtale med. Flere høringsinstanser har derfor bedt om at departementet klargjør hva som er gjeldende rett og hvordan dette skal løses.

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

Den andre løsningen er å lovfeste at de regionale helseforetakene kan delegere myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private virksomheter som har avtale. Dette vil medføre samme løsning som den som gjelder for private virksomheter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i dag. Når det gjelder disse virksomhetene, har de regionale helseforetakene hjemmel i lov til å delegere vurderingskompetanse. En slik løsning vil sikre mer effektiv ressursbruk, da rettstilstanden endres slik at dagens praksis kan fortsette. Det vil innebære at pasienter kan bli rettighetsvurdert hos private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak, hvis det regionale helseforetaket har delegert myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til den private aktøren. På den måten unngår man at pasientene må innom det offentlige for å få en rettighetsvurdering, med de økte administrasjonskostnader og den unødvendi-

ge ressursbruken dette vil medføre. Departementet foreslår derfor en lovhjemmel som gir de regionale helseforetakene mulighet til å delegere myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til virksomheter de har inngått avtale med.

Forslaget om at de regionale helseforetakene kan delegere retten til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private, vil kun gjelde innenfor det området det er inngått avtale om. Det betyr at en virksomhet som leverer et bredt spekter av spesialisthelsetjenester, men som kun har avtale med et regionalt helseforetak om å levere kneoperasjoner, kun kan rettighetsvurdere pasienter som er aktuelle for kneoperasjoner. Henvisninger som viser at pasientene har behov for andre tjenester enn det avtalen omfatter, må viderehenvises til det offentlige eller en annen privat virksomhet som har kompetanse på feltet.

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

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

2.1.2 Hvem skal pasientrettigheten gjelde for?

Det er et spørsmål om rett til fritt behandlingsvalg skal innrettes generelt eller være spesifikt rettet mot diagnoser/sykdommer eller pasientgrupper. Det har ikke vært tradisjon i Norge for å gi enkelte pasientgrupper eller diagnoser særskilte rettigheter i helselovgivningen. De fleste materielle rettighetene er generelt utformet og basert på at det skal gjøres en helsefaglig vurdering av individuelle behov. Fordelen ved en slik reguleringsmåte er blant annet at man

i de helsefaglige vurderingene av behov kan ta høyde for den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgstjenesten.

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

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

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

Departementet vil understreke at det er staten og de regionale helseforetakene som bestemmer hvilke virksomheter pasientene kan velge; staten gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg, og de regionale helseforetakene gjennom å inngå avtale med private virksomheter.

2.1.3 Hva skal retten til fritt behandlingsvalg omfatte?

Alle pasienter med rett til spesialisthelsetjeneste får en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal starte. Fristen kan enten være når behandling eller utredning senest skal være satt i gang. Spørsmålet er om både pasienter som har fått frist til behandling og pasienter som har fått frist til utredning, bør få en rett til å bruke fritt behandlingsvalg.

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

Departementet er enig i at fritt behandlingsvalg i utgangspunktet egner seg best for pasienter med veldefinerte tilstander. En løsning hvor det bare er pasienter som har frist til behandling som kan benytte fritt behandlingsvalg, mener departementet likevel ikke er ønskelig. Det at det er vanskeligere med uavklarte tilstander, er etter departementets oppfatning ingen god grunn til at disse pasientene ikke skal kunne nyte godt av den økte valgfriheten.

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

En annen utfordring er pasientenes behov for gode og helhetlig pasientforløp som få private leverandører kan tilby uten samarbeid med det offentlige. Gode og helhetlige pasientforløp krever som regel et tett samarbeid mellom det offentlige sykehuset og den private leverandøren. Departementet ser at det kan være vanskeligere å få til gode samarbeidsrelasjoner i en ordning hvor det ikke kreves en avtale med den parten som man i mange tilfeller bør eller må samarbeide med.

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

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

2.1.4 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. De-

partementet foreslår at retten til fritt behandlingsvalg i utgangspunktet skal gjelde så lenge behovet for spesialisthelsetjeneste er til stede. Det er en viktig begrensning fra dette utgangspunktet, nemlig at fritt behandlingsvalgleverandøren både må være i stand til å gi pasienten faglig forsvarlig helsehjelp, og at den helsehjelpen pasienten har behov for er omfattet av forskrift om fritt behandlingsvalg. Dersom ett eller begge av disse vilkårene ikke er oppfylt, må pasienten henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten eller en privat leverandør med avtale med et regionalt helseforetak for det videre pasientforløpet.

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

2.1.5 Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og andre pasient- og brukerrettigheter

Pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Departementet var usikre på om retten til fritt behandlingsvalg og retten til individuell plan lot seg gjennomføre samtidig, og ba høringsinstansene særlig om å kommentere dette spørsmålet.

Tilbakemeldingen fra høringen var utvetydig; individuell plan må gjelde også ved bruk av retten til fritt behandlingsvalg. Departementet foreslår derfor at retten til individuell plan også skal gjelde når pasienter bruker retten til fritt behandlingsvalg.

Rett til fornyet vurdering oppstår på det tidspunktet pasienten har fått vurdert den første henvisningen og i tilbakemeldingen får beskjed om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp og eventuelt hvilken type helsehjelp. Departementet uttalte i høringen at det er vanskelig å se at det rent faktisk er behov for en slik mulighet. Høringsinstansene mente imidlertid at det er viktig at retten til fornyet vurdering også gjelder hos en fritt behandlingsvalgleverandør.

Når pasienten velger å oppsøke en fritt behandlingsvalgleverandør istedenfor å bruke det offentlige tilbudet, så har den private leverandøren i utgangspunktet to muligheter. Enten å tilby den helsehjelpen pasienten har behov for, hvis leverandøren er god-

kjent til å yte slik helsehjelp etter forskrift om fritt behandlingsvalg, eller å avvise pasienten fordi leverandøren ikke kan gi den helsehjelpen som pasienten har behov for. Dette spørsmålet gjelder altså ikke den medisinskfaglige vurderingen av pasienten, men er et spørsmål om leverandøren kan gi den helsehjelpen pasienten har behov for. Det er også et spørsmål som det skal tas stilling til ved vurdering av henvisningen.

Departementet foreslår at pasienter skal ha rett til å be om fornyet vurdering også i tilfeller hvor de oppsøker en fritt behandlingsvalgleverandør, og at slik vurdering kan gis enten av det offentlige eller av en privat leverandør som er godkjent for dette.

Når det gjelder spørsmålet om en pasient som velger å motta helsehjelp gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg bør beholde den juridiske fristen for når helsehjelpen senest skal settes i gang, var høringsinstansene klare på at denne rettigheten må beholdes.

Departementets vurdering i høringsnotatet var mer at man ikke så behovet for å beholde denne rettigheten, enn at det var juridiske eller praktiske hindringer som medførte at disse rettighetene ikke kunne kombineres.

Departementet foreslår derfor at pasientene beholder den juridiske fristen også når han eller hun velger å gå til en fritt behandlingsvalgleverandør. Det innebærer at pasienter som opplever fristbrudd kan kontakte HELFO også når man bruker retten til fritt behandlingsvalg. Og på samme måte som de offentlige virksomhetene er fritt behandlingsvalgleverandørene forpliktet til å kontakte HELFO dersom fristen ikke kan oppfylles.

Alle rettigheter som i dag gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg, foreslås også å gjelde ved bruk av fritt behandlingsvalg. Reglene om syketransport vil gjelde tilsvarende som for fritt sykehusvalg i dag.

Når det gjelder spørsmål om hvem som skal dekke regningen for fristbrudd som oppstår, er et aktuelt alternativ at fritt behandlingsvalgleverandøren får dette ansvaret. Dette spørsmålet vil bli regulert i forskrift om fritt behandlingsvalg.

2.1.6 Forholdet mellom fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg – én felles rettighetsbestemmelse

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

Fritt sykehusvalg gjelder allerede fra det tidspunktet pasienten sitter hos fastlegen og henvisnin-

gen skal sendes til spesialisthelsetjenesten. I høringsen foreslo departementet at retten til fritt behandlingsvalg skulle gjelde fra det tidspunktet pasienten var vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det ble foreslått at pasienten skulle være vurdert av den offentlige spesialisthelsetjenesten før retten til å velge en fritt behandlingsvalgleverandør oppstod.

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

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

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

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

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

Utgangspunktet blir dermed enkelt, når henvisningen skal sendes, kan pasienten velge alle virksomheter som har vurderingskompetanse. På nettsidene til helsenorge.no vil det kunne informeres om hvilke virksomheter pasientene kan velge mellom på henvisningstidspunktet. Når henvisningen er vurdert, vil pasienten ha en enda større gruppe av virksomheter å velge mellom. Hvilke virksomheter som ikke har vurderingskompetanse og som dermed krever at man er rettighetsvurdert før man kan velge denne, vil også fremgå av nettsidene.

Denne løsningen innebærer at man fortsatt oppnår formålet, nemlig å gi pasienter en utvidet rett til å velge hvor helsehjelpen skal mottas. Dette oppnår man ved å gi pasientene rett til å oppsøke andre enn de som i dag har avtale med et regionalt helseforetak. Samtidig vil antagelig kapasiteten hos de private leverandørene som allerede har avtale og som kan velges av pasientene, øke. Dette fordi staten gjennom forskrift om fritt behandlingsvalg vil gi private leverandører, både de som har avtale og de som ikke har avtale, muligheten til å levere tjenester til pasienter til en fastsatt pris. Det åpner for flere leverandører, og ikke minst, for økt bruk av kapasiteten hos de leverandørene som i dag har avtale.

Dersom private som har fått tildelt vurderingskompetanse misbruker denne kompetansen, kan de regionale helseforetakene trekke tilbake adgangen til å rettighetsvurdere. Det innebærer at det offentlige fremdeles vil ha kontroll over rettighetsvurderingen.

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

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

Løsningen som foreslås i denne proposisjonen innebærer i utgangspunktet at rehabiliteringsinstitusjoner blir omfattet av den nye rettighetsbestemmelsen. Dette fordi den rettighetsbestemmelsen som foreslås, ikke differensierer på institusjonstype eller

pasientgrupper slik som fritt sykehusvalg gjør i dag. Det å utvide pasienters rett til å velge fritt blant private rehabiliteringsinstitusjoner har ikke vært på høring. Departementet har kommet til at det bør gjennomføres en høring før disse institusjonene inkluderes i valget. Det foreslås derfor at det i den nye bestemmelsen om fritt behandlingsvalg gjøres et unntak for disse institusjonene. Departementet tar imidlertid sikte på å sende på høring et forslag om at dette unntaket oppheves i 2015.

2.2 Komiteens merknader

Rett til fritt behandlingsvalg

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det store volumet av pasientbehandling skjer i de offentlige sykehusene og at det også er her de største gevinstene av fritt behandlingsvalg i form av reduserte ventetider kan forventes å realiseres. I tillegg til å styrke pasientenes valgfrihet viser flertallet til at fritt behandlingsvalg inneholder to grep som skal bidra til å gjøre de offentlige sykehusene mer fleksible og effektive. For det første får sykehusene frihet til økt pasientbehandling. Ved å forlate systemet med streng aktivitetsstyring får sykehusene frihet til å behandle flere og kan møte økt konkurranse gjennom å øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. For det andre skal helseregionene kjøpe mer ledig kapasitet hos private gjennom anbud. Flertallet viser til at begge disse elementene av reformen fritt behandlingsvalg fikk bred støtte i høringen. Flertallet viser til at det ikke er et mål ved fritt behandlingsvalg at flest mulig pasienter skal velge seg bort fra den offentlige helsetjenesten. Målet er å redusere ventetiden, styrke pasientenes valgmuligheter og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive.

Flertallet viser til uttalelse på nettsidene til Den norske legeförening 23. januar 2015, der foreningens president uttaler:

«Vi mener økt konkurranse i helsevesenet kan føre til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet. Pasientene kan tjene på at man utnytter ledig kapasitet, uavhengig av om dette er på private eller offentlige sykehus».

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at Den norske legeförening mener de offentlige sykehusene har til dels store utfordringer med ventetid, behandlingsskøer og utilstrekkelig kapasitet, og at foreningen derfor er positiv til tiltak og modeller som kan bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester for befolkningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil vise til at Den norske legeförening også understreket at reformen ikke må bidra til svekkelse av de offentlige sykehusene. Og at:

«Det mest effektive tiltaket for å få ned ventetidene og køene er å sikre de offentlige sykehusene adekvate rammebetingelser gjennom økte bevilgninger over statsbudsjettet.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil vise til at det i den rødgrønne regjeringstiden utviklet seg tendenser til et mer todelt helsevesen. En rapport fra Sintef fra 2010 viser at den prosentvise omsetningsveksten i direkte betaling «over disk» og behandlingsforsikring har vært svært stor de siste årene, både for private sykehus og for røntgeninstituttene. Omfanget av privat finansiert behandling ble mer enn fordoblet i perioden 2006 til 2009, nesten 140 prosent for direkte selvbetalning over disk, og i overkant av 110 prosent for privat behandlingsforsikring målt i nominelle kroner. Det fremgår av rapporten at lang ventetid på utredning og behandling i den offentlige helsetjenesten anses som en viktig årsak til vekst i det private markedet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til statsrådets svarbrev til komiteen datert 6. mars 2015, der statsråden ikke vil legge til grunn at innføring av FBV vil være et tiltak som bidrar til å redusere bruk av private helseforsikringer, mens daværende komitéleder Bent Høie i valgkampen lovet at ordningen ville avskaffe private helseforsikringer i Norge.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at våre partier i flere år har varslet at det kan være i ferd med å utvikle seg et todelt helsevesen i Norge, hvor de med god økonomi eller helseforsikring kan kjøpe seg ut av helsekøen. Flertallet er opptatt av at alle pasienter skal føle trygghet for at det er kapasitet i den offentlig finansierte helsetjenesten. Reformen fritt behandlingsvalg vil bidra til dette, fordi den stimulerer til økt kapasitet i de offentlige sykehusene og tar i bruk ledig kapasitet hos private og ideelle aktører, for det offentliges regning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringspartiene til stadighet kommer med påstander om det «todelte helsevesen», som angivelig skal ha vokst fram under

den rød-grønne regjeringen. Påstandene belegges med lite troverdig argumentasjon. Selv om det er enighet om at mange pasienter venter for lenge, har ventetidene for eksempel for pasienter innen rus og psykiatri gått betydelig ned de siste årene. Antall fristbrudd er også kraftig redusert for alle pasientgrupper, samtidig som langt flere pasienter har fått behandling ved våre sykehus. I sin særmerknad viser regjeringspartiene til en rapport fra Sintef fra 2010 som viser at privat kjøp av sykehusbehandling og kjøp av behandlingsforsikringer har økt betraktelig de siste årene. Disse medlemmer vil peke på at den samme rapporten ifølge Sintef viser at privat kjøp «over disk» svært ofte dreier seg om behandlinger som det offentlige helsevesenet ikke tilbyr, f.eks. kosmetiske operasjoner. Mange betaler også en høyere egenandel av egen lomme på private røntgeninstitutter for å slippe å vente flere uker, som ofte er tilfellet for offentlig betalte røntgenundersøkelser. Disse medlemmer viser til at pasienter som betaler større egenandel enn offentlig takst, raskt kommer til billeddiagnostisk undersøkelse – ofte etter et par dager. Dette betyr etter disse medlemmers mening at det foregår en uakseptabel forskjellsbehandling av pasienter i røntgeninstituttene; en praksis som både helseforetakene og de private tilbyderne så raskt som mulig bør rydde opp i, gjennom de avtalene som inngås.

Disse medlemmer vil understreke at Norge ligger på bunnen blant nordiske land når det gjelder kjøp av private helseforsikringer. Den før nevnte Sintef-rapport bekrefter det samme som også nyere statistikk viser: at 9 av 10 slike kjøp her til lands kommer fra bedrifter som bruker behandlingsforsikringer som bonus til ansatte, ofte ledere og mellomledere. Relativt få privatpersoner står for slike kjøp i Norge. I rapporten som regjeringspartiene nevner, viser Sintef til en nordisk undersøkelse som peker på tre forhold som betyr minst like mye for kjøp av forsikringer som ventetider; markedsføring av tilbudet, at landets politiske ledelse er positiv til slike kjøp, og at det gis skatteinsentiver. Disse medlemmer mener derfor det er betimelig å minne om at den borgerlige regjeringen, med finansminister Per Kristian Foss i spissen, i 2003 innførte skattelette for kjøp av private helseforsikringer. Regjeringen Stoltenberg II fjernet denne usosiale ordningen, mens Høyre og Fremskrittspartiet i 2010 på ny tok til orde for innføring av samme type skattelett. Disse medlemmer går ut fra at skattegevarene hadde et klart mål: å få ytterligere fart i kjøp av private helseforsikringer – i tråd med det som har funnet sted under borgerlige regjeringer i våre nordiske naboland. Disse medlemmer mener at disse forhold viser med all tydelighet at regjeringspartiernes påstand om det «todelte helse-

vesen» er useriøs, og at det hele framstår mer som et påtrengende behov for å tilsøre egen politikk.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil vise til at fritt behandlingsvalg nettopp skal redusere forekomsten av en «uakseptabel forskjellsbehandling» av pasientene, gjennom at de med god økonomi kan kjøpe seg ut av køen, slik som Arbeiderpartiet uttrykker en bekymring for. Disse medlemmer viser til at det må bero på en misforståelse fra Arbeiderpartiet at man kan betale en høyere egenandel av egen lomme på private røntgeninstitutter for å slippe å vente flere uker. Disse medlemmer viser til at systemet fungerer slik at de private radiologiske instituttene selger deler av sin produksjon til de regionale helseforetakene, forutsatt at man har vunnet en anbuds-konkurrans. Resterende produksjon kan fritt omsettes i private markeder. Velger pasientene å benytte seg av denne kapasiteten, betaler man alt selv. Det er med andre ord full egenbetaling.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er et offentlig ansvar å sikre innbyggerne likeverdige helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn eller geografisk tilhørighet, og at ingen pasienter skal vente unødvendig lenge på nødvendig behandling. Disse medlemmer viser til at «fritt behandlingsvalg» ifølge regjeringen vil ha som viktig funksjon å øke konkurransen i helsevesenet, og at dette, sammen med å pålegge de regionale helseforetakene å kjøpe mer fra private gjennom anbud og å fjerne aktivitetstaket for behandlinger finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), skal sikre kvalitet og effektivitet i offentlige sykehus og hindre en utvikling mot en todelt helsetjeneste der de med god råd kan kjøpe seg ut av køen.

Disse medlemmer viser til at det legges opp til å forlate systemet med streng aktivitetsstyring og at dette ifølge regjeringen vil gi de regionale helseforetakene mulighet til å styre aktivitetsøkningen mot de meste effektive behandlingseenhetene. Disse medlemmer mener argumentasjonen avslører at det legges opp til å prioritere de mest lønnsomme behandlingene og at pasienter med mindre «lønnsomme» diagnoser og behandlingsbehov vil nedprioriteres. Disse medlemmer vil understreke at en slik utvikling er i strid med intensjonen om å utvikle et likeverdig helsetilbud til alle.

Disse medlemmer vil påpeke at i valgkampen før stortingsvalget 2013 var samtlige partier, utenom Høyre og Fremskrittspartiet, tydelig imot å innføre fritt behandlingsvalg, inkludert Venstre og Kristelig Folkeparti. Det er altså ikke et reelt folkevalgt flertall for å innføre denne reformen. Disse

medlemmer vil også vise til at høringsforslaget om fritt behandlingsvalg fikk svært stor kritikk i høringsrunden. Disse medlemmer viser til at regjeringen i proposisjonen skriver at fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Disse medlemmer vil presisere at fritt behandlingsvalg betinger økt konkurranse og økt privatisering av sykehusstilbud, og fremstår som en ideologisk og politisk begrunnet reform, ikke en reform som helsevesenet eller pasientene har etterspurt. Disse medlemmer vil også presisere at offentlige sykehus allerede har blitt pålagt et effektiviseringskrav på 0,6 prosent i budsjettforliket for 2015.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at offentlige sykehus ifølge lov om spesialisthelsetjenester har følgende oppgaver: 1) pasientbehandling, 2) utdanning av helsepersonell, 3) forskning og 4) opplæring av pasienter og pårørende. Offentlige sykehus har også det viktige ansvaret for øyeblikkelig hjelp og beredskap i krisesituasjoner. Dette faktum understreker behovet for å sikre drift, utvikling og kvalitet i de offentlige sykehusene. Disse medlemmer mener at de offentlige sykehusene må utvikles slik at de fortsatt kan være bærebjelken i spesialisthelsetjenesten, med ideelle tilbydere, som integrert del og private kommersielle tilbydere som nyttige samarbeidspartnere.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at å pålegge regionale helseforetak å kjøpe enda flere helsetjenester fra private tilbydere, samtidig som private tilbydere skal få drive pasientbehandling betalt av staten uten å trenge noen avtale med det offentlige, vil kunne føre til en sterk privatisering og en svekkelse av det offentlige helsevesen. Det vil på sikt gå ut over dem helsevesenet er til for, nemlig pasientene. En slik utvikling vil disse medlemmer advare imot.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at innføring av fritt behandlingsvalg må sees i sammenheng med den varslede helse- og sykehusplanen. Innføring av FBV vil gjøre det vanskeligere å planlegge, organisere og bygge opp helsetjenestetilbudet i regionen siden man ikke vet hvor mange og hvilke pasienter som faktisk vil benytte seg av tilbudet. FBV vil være en ordning hvor pasientene kan velge å motta helsehjelp utenfor det systemet som de regionale helseforetakene styrer, og vil vanskeliggjøre helseforeta-

kene sine sørge-for-ansvar for helsetilbudet til sine innbyggere. FBV vil også sannsynligvis virke sentraliserende i og med at nye private tilbud erfaringsmessig blir etablert i sentrale strøk.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at mange mindre akuttstusykehus er avhengig av å kunne nytte ledig kapasitet og å sikre tilbudet av elektive operasjoner og kirurgisk aktivitet på dagtid, for å kunne opprettholde og forsvare akutt kirurgisk beredskap på døgnbasis. Økt konkurranse om pasientbehandling vil være en kraft for en ytterligere sentralisering av dagkirurgiske aktiviteter, og dermed en svekking av øyeblikkelig-hjelp-beredskap i distriktene. Dette vil igjen føre til mindre valgfrihet for pasienter i distriktet, som risikerer å miste sitt nærmeste behandlingstilbud.

Disse medlemmer vil også presisere at innføring av FBV må sees i sammenheng med forslaget fra regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre om å innføre nøytral moms i helseforetakene fra 2016. Dette er også et forslag som vil kunne bety en sterk privatisering av deler av den offentlige sykehusdriften.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til at forslaget om fritt behandlingsvalg handler om å utvide pasientenes valgmuligheter. Flertallet merker seg at bekymringen over at sørge-for-ansvaret for de regionale helseforetakene vil bli vanskeliggjort, ikke handler om en bekymring over at pasienten skal få et godt nok helsetilbud, men at planleggingen kan bli noe vanskeligere for de regionale helseforetakene. Flertallet vil understreke at målsettingen ikke er at flest mulig pasienter skal velge en privat leverandør som ikke har avtale med et regionalt helseforetak. En av de sentrale målsettingene med ordningen er å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive. Jo bedre kvalitet og mindre ventetid det offentlige helsetilbudet har, jo mindre sannsynlig vil det være at pasienter velger å oppsøke private behandlingstilbud gjennom fritt behandlingsvalg.

Flertallet vil videre vise til at de regionale helseforetakene på samme måte som før skal sørge for at pasienter med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Men på samme måte som i dag, innebærer dette ikke en plikt for pasienten til å benytte tilbudet i regi av de regionale helseforetakene.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre,

vil påpeke at selv om de private leverandørene av naturlige årsaker trolig vil etablere seg der folk bor, skal fritt behandlingsvalgleverandører være tilgjengelig for alle pasienter i hele landet. Som for fritt sykehusvalg, vil det være variere hvor langt en pasient som benytter seg av fritt behandlingsvalg må reise for å kunne benytte seg av tilbudet. Også i den offentlige helsetjenesten gjør behovet for spesialisering og rasjonell bruk av ressurser at ulike tjenester er lokalisert til forskjellige offentlige sykehus i en region. Dette flertallet vil i tillegg påpeke at helsepolitiske hensyn som informasjon om knapphet på nøkkelpersonell og geografisk tilgjengelighet av spesialisthelsetjeneste, vil være relevante hensyn som kan vektlegges i vurderingene av hvilke tjenester som eventuelt skal fases inn i ordningen.

Dette flertallet vil videre bemerke at fritt behandlingsvalg ikke vil omfatte øyeblikkelig hjelp, og endrer ikke de regionale helseforetakene sitt ansvar for å sikre tilstrekkelig akuttberedskap. Dette flertallet mener derfor at fritt behandlingsvalg ikke vil bidra til å svekke øyeblikkelig-hjelp-beredskapen i distriktene.

Myndighet til rettighetsvurdering

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg at de regionale helseforetakene på høringen ga uttrykk for at de var svært tilfreds med at regjeringen etter sin høring stadfestet dagens praksis om at myndighet til å rettighetsvurdere pasienter fortsatt kan ligge også hos private aktører. Flertallet merker seg at de regionale helseforetakene sier det ville medføre mye ekstra- og dobbeltarbeid med tilhørende risiko for feil, og forsinke prosessen for den enkelte pasient, dersom det kun skulle være den offentlige spesialisthelsetjenesten som kan tildele pasient- og brukerrettigheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen i høringsnotatet skrev at innføring av fritt behandlingsvalg allerede ved henvisning ville innebære at den offentlige spesialisthelsetjenesten mistet muligheten til å vurdere og prioritere i de tilfeller pasienten valgte leverandører i ordningen fritt behandlingsvalg. I tillegg ble det vist til at risikoen for overbehandling ville øke, og at løsningen ikke ivaretok målsettingen om å ha en sterk offentlig helsetjeneste som gir likeverdig tilgang og prioritere pasienter ut fra alvorlighets- og hastegrad. Disse medlemmer viser også til at flere høringsinstanser sa seg enig med regjeringen i at fritt behandlingsvalgleverandører ikke bør vurdere om pasienten har behov/rett til helsehjelp i spesialisthel-

setjenesten. Disse medlemmer mener at det i all hovedsak må være det offentlige helsevesen som prioriterer pasienter og tildeler pasientrettigheter. Disse medlemmer mener likevel at dagens praksis der regionale helseforetak på noen områder selv kan delegerer myndighet til å tildele pasient- og brukerrettigheter til enkelte private virksomheter etter avtale, er en ordning som likevel kan fungere. Disse medlemmer vil presisere at en slik delegering må avgrenses til vurdering av konkrete problemstillinger og at praksisen til de private tilbydere hele tiden må kontrolleres for å hindre at den medfører overbehandling eller feilprioritering. Disse medlemmer ser ikke for seg at en slik delegering skal øke i omfang i forhold til dagens situasjon, og vil understreke at en delegering av retten til å tildele pasient- og brukerrettigheter til private kun vil gjelde innenfor det området det er inngått avtale om.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser også til at Norsk Sykepleierforbund mener det er positivt at proposisjonen legger opp til at FBV-leverandørene skal forpliktes i arbeidet med individuell plan, og at pasienter som benytter seg av ordningen beholder den juridiske fristen for igangsetting av utredning eller behandling. Norsk Sykepleierforbund etterspør hvorvidt det skal tas stilling til leverandørens økonomiske ansvar ved fristbrudd, og ber komiteen være tydelige på dette. Flertallet viser til at dette er drøftet i proposisjonen, hvor regjeringen sier at:

«Når det gjelder spørsmål om hvem som skal dekke regningen for fristbrudd som oppstår, er et aktuelt alternativ at fritt behandlingsvalgleverandøren får dette ansvaret. Dette spørsmålet vil bli regulert i forskrift om fritt behandlingsvalg.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti støtter Norsk Sykepleierforbund og mener det er altfor vagt av regjeringen å bare antyde, men ikke ta stilling til om fristbrudd vil være FBV-leverandørens økonomiske ansvar. Disse medlemmer mener at når regjeringen ønsker å la private tilbydere få rett til å drive pasientbehandling betalt av staten, burde regjeringen være like klar på at disse selvsagt også må stå økonomisk til ansvar ved fristbrudd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter regjeringens klare prioritering av at det er pasienter innenfor rus og psykisk helsevern, med behov for døgnbehand-

ling, som fases først inn i ordningen med fritt behandlingsvalg – sammen med noe somatikk.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Høyre og Fremskrittspartiet har lang tradisjon med å arbeide for å flytte makt fra systemet til pasienten. På samme måte som forslagene om fritt sykehusvalg og rett til behandling innenfor tidsfrister møtte motstand, har også reformen fritt behandlingsvalg møtt motstand. Disse medlemmer er glad for at regjeringen nå gjennomfører og leverer på et av partienes viktigste valgløfter til pasientene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil minne om at et flertall av innbyggerne i Norge har stemt på partier som hadde klare valgløfter om å ikke innføre fritt behandlingsvalg. Disse medlemmer mener at ordene om å «flytte makt fra system til pasient» er lettvinnet retorikk som tilslører hva FBV handler om. Befolkningen er avhengig av et godt system, det vil si en godt organisert og ledet spesialisthelsetjeneste, dersom de skal være sikret tilgang til et helsetilbud som oppfyller helseforetakslovens formål om «å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.» Disse medlemmer mener reformen flytter makt fra det offentlige helsevesenet og til fordel for markedskonkurranse, og at pasientens rettigheter svekkes og ikke styrkes i dette nye systemet. Disse medlemmer viser til disse partienes standpunkt om at den offentlige spesialisthelsetjenesten i dag i for stor grad er underlagt byråkratiske beslutninger og i for liten grad er underlagt folkevalgte beslutninger. Denne utviklingen vil forsterkes og ikke avhjelpes med reformen fritt behandlingsvalg. Disse medlemmer vil videre understreke at det spesialisthelsetjenesten trenger, er en ledelses- og demokratireform som igjen underlegges prioriteringene i spesialisthelsetjenesten, Stortinget og regionalt folkevalgte organer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil påpeke at fritt behandlingsvalg først og fremst er en reform som gir pasientene større makt, og flertallet er svært tilfreds med at rus og psykisk helse prioriteres først. Da Stortinget vedtok Rusreform II under regjeringen Bondevik II, fikk rusavhengige for første gang de samme pasientrettigheter som andre pasienter. Flertallet viser til at en da var tydelig på at staten skal ha hovedansvaret for behandling og rehabilite-

ring, gjennom at den tidens fylkeskommunale institusjoner forankret i sosialtjenesteloven ble spesialisthelsetjenesteinstitusjoner forankret i spesialisthelsetjenesteloven. Det innebar et markert skifte i politikk når det gjaldt rusavhengiges status, gjennomført under sentrum-høyre-regjeringen. Regjeringen, sammen med samarbeidspartiene, innfører nå fritt behandlingsvalsreformen, der pasienter med rus- og psykiske problemer er de første som opplever at rettighetene styrkes. Flertallet viser til at dette følger en lang tradisjon hos de fire samarbeidspartiene om en tydelig prioritering av rusavhengige og psykisk syke pasienter.

Flertallet viser til at det er de regionale helseforetakene (RHF) som gis rett til å bestemme hvilke private leverandører som skal ha kompetanse til å tildele pasientrettigheter. Flertallet støtter at regjeringen nå skaper samsvar mellom det juridiske aspektet i saken og den praksis RHF-ene har i dag. Dette vil gjelde innenfor det området det er inngått avtale om, og innebærer at henvisningen kan sendes til alle offentlige institusjoner og alle private/ideelle som RHF-ene har bestemt at har vurderingskompetanse. Flertallet merker seg at dersom pasienten vil velge en privat leverandør som ikke har vurderingskompetanse, må henvisningen først være rettighetsvurdert.

Flertallet viser til at pasientene ikke skal oppleve at deres rettigheter svekkes fra fritt sykehusvalg til fritt behandlingsvalg. Flertallet viser til at i høringsnotatet var enkelte pasient- og brukerrettigheter unntatt ved bruk av fritt behandlingsvalg. Dette var rett til juridisk frist for når helsehjelp senest skal gis (fristbruddsordningen), rett til individuell plan og rett til fornyet vurdering. Flertallet støtter at det i den fremlagte proposisjonen er lagt til grunn at alle pasient- og brukerrettigheter skal gjelde ved bruk av fritt behandlingsvalg. Det innebærer at alle pasienter gis rett til fritt behandlingsvalg, og kan velge mellom offentlige institusjoner (tidligere en del av fritt sykehusvalg), private med avtale med RHF (tidligere en del av fritt sykehusvalg) og private som godkjennes etter forskrift om FBV. Flertallet peker spesielt på at det er ved valg av disse FBV-leverandørene at pasientenes rettigheter utvides. Pasientene kan velge ved henvisning, og også senere i pasientforløpet. Flertallet viser til at det vil bli opprettet et nytt felles nettsted på helsenorge.no.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener spørsmålet om fristbrudd er et sentralt punkt som bør være avklart før Stortinget eventuelt vedtar lovendringene regjeringen foreslår. Disse medlemmer vil også peke på at rettighetsvurderingen i spesialisthelsetjenesten

foregår ved en enkel vurdering av en kort skriftlig henvisning fra fastlegen. Rettigheten vil derfor som oftest bestå i at pasienten starter et utrednings/behandlingsforløp uten at det skjer nye rettighetsvurderinger underveis. Disse medlemmer mener det er en ytterligere svakhet ved reformen at regjeringen i proposisjonen ikke har avklart hvordan prissetting av disse forløpene skal være, og hvor ofte pasientene må rehenvises underveis i forløpet for å få nye rettigheter. Disse medlemmer mener slike sentrale spørsmål må besvares før Stortinget kan ta stilling til saken.

Disse medlemmer merker seg at de regionale helseforetakene skal ha ansvar for å vurdere hvilke private leverandører som skal kunne tildele pasientrettigheter. Dette er helt klart en fordel, men disse medlemmer vil understreke at en tildelingsrett gir store konsesjoner til utvalgte private aktører, dersom disse både leverer tjenester gjennom avtale med helseforetaket på basis av anbudsordningen og samtidig er tilbyder innen fritt behandlingsvalg. I og med at sistnevnte kategori ifølge Helse- og omsorgsdepartementet ikke skal være omfattet av økonomiske rammer for sin virksomhet, vil en tildelingsrett kunne være et tungt insitament for å henvise pasienter til unødig behandling eller overbehandling. Derfor er det etter disse medlemmers oppfatning svært viktig at man løpende vurderer om en slik rett understøtter ønsket praksis, eller om tildeling av pasientrettigheter helt eller delvis kan ivaretas direkte av helseforetaket, i tråd med det svaret statsråd Bent Høie ga i sitt svarbrev av 6. mars 2015 til helse- og omsorgskomiteen, hvor han bekrefter denne muligheten – i stedet for å settes ut til private aktører som kan komme til å få uønskede og svært uheldige dobbeltroller.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det i all hovedsak foretas én rettighetsvurdering av pasienter. Det er ikke slik at pasienter i et pasientforløp skal rettighetsvurderes på nytt. Flertallet viser til at pasienter får kun tildelt rettighet ved inngangsporten til spesialisthelsetjenesten. Siden 80 prosent av pasientene får rett til utredning, vil det for svært mange først være etter noe utredning at det blir klart hvilken behandling vedkommende trenger. Pasienten kan da benytte retten til fritt behandlingsvalg, og velge helseforetak eller private/ideelle leverandører, enten med avtale eller godkjenning. Flertallet understreker at pasienten foretar dette valget uten at det skal foreligge nok en rettighetsvurdering. I dag fungerer det slik, med fritt sykehusvalg, at det er spesialisten i helseforetaket som skriver en henvisning etter å ha foretatt utredning. Flertallet mener det ikke

oppstår noen særskilte problemstillinger knyttet til prising i forbindelse med dette. Dersom pasienten velger en fritt behandlingsvalgleverandør med utgangspunkt i en henvisning til en behandling som denne leverandøren er godkjent for å levere, så vil leverandøren få betalt for å utføre denne tjenesten. Flertallet vil derfor hevde at problemstillingen knyttet til re-henvisning, er en konstruert utfordring for et problem som ikke eksisterer i dag, og som ikke vil eksistere etter innføring av denne reformen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at proposisjonen legger opp til å inkludere enkelte somatiske behandlinger ved oppstarten av ordningen, uten å nevne hvilken – dette skal avklares først gjennom forskriftsarbeid. Disse medlemmer viser også til at proposisjonen legger til grunn at FBV innføres som en generell rettighet og skal være en ordning som på sikt skal innføres for alle pasientgrupper. Men også dette har blitt kraftig problematisert i høringsrunden. Statens helsetilsyn påpekte viktigheten av å foreta en grundig drøfting av om fritt behandlingsvalg egner seg til å innføres som en generell ordning, og viste til kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten, spesielt innenfor det somatiske området, hvor en stor andel av henvisningene gjelder uavklarte tilstander og hvor utredningen i stor grad vil omhandle å utelukke lidelser før riktig diagnose stilles. De regionale helseforetakene var i komiteens høring også svært tydelige på dette, og hadde samme konklusjon om at FBV er lite egnet for uavklarte tilstander. Disse medlemmer merker seg at tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at om lag 80 prosent av de pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten innen somatikk, har uavklarte tilstander som gjør at man basert på henvisning og supplerende informasjon ikke kan vite hvilken behandling de skal ha.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at høringsinnspillene er viktige, og viser til at FBV for de store pasientgruppene ikke vil styrke pasientrettighetene. Disse medlemmer merker seg at Norsk Sykepleierforbund mener at ordningen utfordrer prinsippet om at de med størst behandlingsbehov skal vente kortest mulig, i tråd med gjeldende prioriteringsforskrift.

Disse medlemmer anser det som svært problematisk at retten til FBV skal omfatte både pasienter som får frist til utredning og pasienter som får frist til behandling. Disse medlemmer mener at dette vil kunne øke faren for overbehandling, ved at leverandøren slik kan ha økonomisk insentiv for at utredning skal resultere i et behov for behandling. En

annen utfordring er pasientenes behov for gode og helhetlige pasientforløp, som få private leverandører kan tilby uten samarbeid med det offentlige.

Disse medlemmer registrerer at pasient- og brukerrettigheter skal gjelde ved bruk av fritt behandlingsvalg og vil i den forbindelse vise til at departementet i sitt høringsnotat mente at formålet med individuell plan blir utfordret og vanskeligere å oppnå når pasienter velger å motta helsehjelpen utenfor den offentlige helsetjenesten. Disse medlemmer er enig med departementet i denne vurderingen, og mener at dette er nok et argument for hvorfor FBV ikke er egnet for pasienter med behov for helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det i proposisjonen foreslås at pasienter med frist knyttet til utredning også bør ha rett til fritt behandlingsvalg. Flertallet støtter dette forslaget, og mener at en løsning hvor det bare er pasienter som har frist til behandling som kan benytte fritt behandlingsvalg, ikke er ønskelig. Flertallet har merket seg at noen høringsinstanser argumenterer med at fritt behandlingsvalg ikke egner seg for pasienter med uavklarte tilstander, men dette er etter flertallets oppfatning ingen god grunn til at disse pasientene ikke skal kunne nyte godt av den økte valgfriheten. Å begrense retten til fritt behandlingsvalg kun til pasienter som har fått frist knyttet til behandling, vil kunne innebære en betydelig administrativ byrde for spesialisthelsetjenesten. I dag settes det kun én juridisk frist, og flesteparten av pasientene innenfor somatikk får frist knyttet til utredning. Flertallet støtter derfor at pasienter med frist knyttet til utredning også bør ha rett til fritt behandlingsvalg.

Flertallet deler ikke bekymringen om at en frist knyttet til utredning vil kunne øke faren til overbehandling. Flertallet vil vise til at de private leverandørene er forpliktet til å følge de samme faglige retningslinjene, prioriteringsregler og krav til forsvarelig som offentlige virksomheter.

Flertallet vil videre vise til at det er viktig at de private leverandørene som ønsker å yte helsehjelp gjennom fritt behandlingsvalg, forplikter seg til samarbeid med andre aktører der dette er nødvendig for å sikre pasientene et forsvarlig løp. Flertallet viser til at regjeringen vil komme tilbake til hvordan et slikt krav mer konkret bør oppstilles i forskrift om fritt behandlingsvalg.

3. Forskrift om fritt behandlingsvalg

3.1 Sammendrag

3.1.1 Innledning

Retten til fritt behandlingsvalg vil omfatte offentlige virksomheter, private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak og private virksomheter som er godkjent for å levere tjenester til en pris fastsatt av staten. For at den sistnevnte gruppen skal bli omfattet av pasientrettigheten, er det behov for å etablere en nasjonal ordning som bestemmer hvilke leverandører som kan tilby tjenester og til hvilken pris.

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

Departementet foreslår at krav og rettigheter reguleres i en forskrift om fritt behandlingsvalg, og foreslår en bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om forholdet mellom de private leverandørene, staten og helseforetakene.

3.1.2 Krav som kan stilles til leverandører i fritt behandlingsvalg

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

De fleste høringsinstansene er av den oppfatning at leverandørene i fritt behandlingsvalg bør stilles overfor de samme kravene som private leverandører som har avtale med et regionalt helseforetak. Departementet deler denne oppfatningen, og vil i forskriftsarbeidet ha dette som et klart utgangspunkt

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

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

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

Departementet påpeker at prisene må revideres jevnlig og legger til grunn at Helsedirektoratet årlig skal fastsette prisene innenfor rammer og prinsipper fastsatt av departementet.

SKAL DET KUNNE LEGGES VEKT PÅ HELSEPOLITISKE HENSYN I VURDERINGEN AV OM GODKJENNING SKAL GIS ELLER IKKE?

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

Departementets vurdering er at det vil være bedre å ivareta helsepolitiske hensyn gjennom styringen av hvilke tjenester som skal kunne være en del av ordningen med fritt behandlingsvalg. I vurderingen av om tjenester skal fases inn eller ut, bør ivaretagelse av samfunnsmessige hensyn stå sentralt.

SÆRLIG OM TIDSBEGRENSNING AV GODKJENNING AV PRIVATE LEVERANDØRER

Departementet la i høringsnotatet til grunn at godkjenningen til å levere i fritt behandlingsvalg skal ha en viss varighet for den enkelte private leverandør,

for eksempel 5 år. Begrunnelsen for dette var at helsemyndighetene kan ha behov for å justere innretningen av fritt behandlingsvalg i lys av endrede behov for spesialisthelsetjenester.

Departementet vil utrede disse spørsmålene nærmere i forskriftsarbeidet. Det foreslås at hjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 åpner for at det kan gis forskrift om at godkjenningen gjøres tidsbegrenset.

SÆRLIG OM HVILKE AKTØRER SOM ER AKTUELLE FOR Å LEVERE I FRITT BEHANDLINGSVALG

I utgangspunktet er det tenkt at alle private skal ha anledning til å søke om å få delta i ordningen med fritt behandlingsvalg. Det vil likevel være noen unntak fra dette utgangspunktet.

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

De diakonale sykehusene har ikke vært kommersielt drevet og inngikk tidligere i de fylkeskommunale og regionale helseplanene. På samme måte som for helseforetakene vil de diakonale sykehusene derfor ikke være omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg.

Når det gjelder avtalespesialistene, står disse i en særstilling. Departementet mener det ikke er hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialister skal kunne levere behandlinger også i fritt behandlingsvalg. Motivet for å velge å yte behandling til den prisen som er fastsatt i fritt behandlingsvalg, ville antagelig være at det er forskjell mellom takstene/prisene i de to ordningene. Staten vil da kunne ende opp med å betale mer enn nødvendig for en gitt aktivitet. Departementet kan derfor ikke se gode grunner til at avtalespesialistene skal kunne levere i ordningen, og foreslår at avtalespesialister ikke omfattes av fritt behandlingsvalg.

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

Alle andre private leverandører enn de som er nevnt ovenfor, vil være aktuelle å inkludere i fritt be-

handlingsvalg. Dette gjelder også private leverandører som har avtale med regionale helseforetak.

FORHOLDET TIL ANDRE GODKJENNINGSORDNINGER

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

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

3.1.3 Særlig om ansvar for pasienten og forholdet til kravet om forsvarlighet

Departementet deler helseforetakenes vurdering som kom frem i høringsrunden om at utøvelsen av sørge-for-ansvaret blir noe mer komplisert som følge av innføringen av fritt behandlingsvalg. Det er likevel viktig å understreke at forslaget handler om å utvide pasientenes valgmuligheter. Dette handler derfor ikke om hvorvidt pasientene skal få helsehjelp, men om at planlegging kan bli noe vanskeligere for de regionale helseforetakene.

Fritt behandlingsvalg skal sette pasienten i sentrum, og gi pasientene rett til å velge private leverandører når vedkommende ikke er tilfreds med tilgjengeligheten til det offentlige tilbudet eller av andre grunner ønsker å oppsøke private tilbud. Jo bedre kvalitet og mindre ventetid det offentlige helsetilbudet har, jo mindre sannsynlig vil det være at pasienter velger å oppsøke private tilbud gjennom fritt behandlingsvalg. Formålet med ordningen er blant annet å være et insentiv for offentlige sykehus til å bli bedre og mer effektive.

Når det gjelder spørsmålet om behovet for å endre helseforetaksloven, viser departementet til at helseforetaksloven i all hovedsak er en organisatorisk lov. Departementet kan derfor ikke se at innføringen av fritt behandlingsvalg krever endring av denne loven.

Det regionale helseforetaket skal på samme måte som før sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Men på samme måte som i dag innebærer ikke det en plikt for pasienten til å benytte tilbudet i regi av det regionale helseforetaket. Departementet kan dermed heller ikke se at det er nødvendig med endringer i spesialisthelsetjenestelovens ansvarsbestemmelser.

3.1.4 Forvaltning av ordningen fritt behandlingsvalg

Det foreslås en godkjenningsordning med krav til private leverandører som ønsker å levere i denne ordningen. Det innebærer at noen må forvalte ordningen. Sentrale oppgaver vil være tildeling og tilbakekall av godkjenning og annen oppfølging av godkjente leverandører, informasjon til aktørene (pasienter, regionale helseforetak, fastleger og leverandører), fastsetting av priser, økonomisk oppgjør m.m. Departementet foreslår at Helsedirektoratet, eller den de utpeker, skal ivareta oppgaven med blant annet godkjenning av fritt behandlingsvalgleverandører.

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

3.1.5 Innfasing av fritt behandlingsvalg

INNFASING AV RUSBEHANDLING OG PSYKISK HELSEVERN

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

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

Et viktig hensyn ved vurdering av innretningen av forskriften om fritt behandlingsvalg er i hvilken grad tjenestene kan avgrenses tilstrekkelig presist. I tillegg skal det ved innføring av nye tjenester i for-

skrift om fritt behandlingsvalg tas utgangspunkt i områder hvor det er markedspriser, typisk etter bruk av tilbud. Det er mulig å avgrense og prisen på tilbud innen psykisk helsevern og rus ved å ta utgangspunkt i eksisterende avtaler mellom de regionale helseforetakene og private leverandører og prisene fastsatt i disse. Det er også ventetid til denne typen tilbud. En samlet vurdering av ventetid, kapasitet og mulighet for prisfastsettelse trekker i retning av at det først og fremst er døgnbehandling som er aktuelt å innføre i forskrift om fritt behandlingsvalg. Den konkrete innretningen vil imidlertid departementet komme tilbake til i høringen av forskriften.

Enkelte av høringsinstansene uttrykte bekymring for risikoen for dreining av aktiviteten mot døgnbehandling på bekostning av polikliniske tjenester. Departementet anser imidlertid at behovet for videreutvikling av privates rolle i poliklinisk behandling innen psykisk helsevern, primært skal ivaretas innen avtalespesialistordningen. Departementet legger i lys av dette ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå.

Departementet understreker at innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling innen psykisk helsevern og TSB ikke skal endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Samtidig må helsemyndighetene følge utviklingen i bruk av ordningen for å unngå at innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Følgeevalueringen av fritt behandlingsvalg vil være viktig for å belyse hvordan innføring av fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og TSB påvirker målene for helsepolitikken innen disse områdene.

GENERELT OM INNFAISING OG UTFASING AV TJENESTER I FRITT BEHANDLINGSVALG

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

tjenester i forskrift om fritt behandlingsvalg. Det vil være naturlig at Helsedirektoratet, etter samråd med de regionale helseforetakene, får et ansvar for å gi råd til departementet om rekkefølge og tempo på innfasing av nye tjenester.

3.1.6 *Konsultasjonsmekanisme*

Departementet foreslår å etablere en konsultasjonsmekanisme mellom godkjenningsmyndigheten og hovedorganisasjonene som organiserer fritt behandlingsvalgleverandørene, det vil si NHO Service, Spekter og Virke.

3.2 *Komiteens merknader*

Komiteen merker seg at regjeringen foreslår at krav og rettigheter skal reguleres i forskrift og at det foreslås en bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om forholdet mellom de private leverandørene, staten og helseforetakene. Komiteen viser til at regjeringen legger opp til at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern, samt noe somatikk, innføres først i ordningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen med fritt behandlingsvalg utvider pasientenes rett til å velge behandlingssted, ved at private kan tilby definerte tjenester til en pris fastsatt av staten.

Innfasing av pasientgrupper i ordningen

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser også til at flere høringsinstanser støtter regjeringens prioritering av hvilke grupper som først skal gis rett til fritt behandlingsvalg. Hovedorganisasjonen Virke er positive til at ordningen i første omgang skal omfatte TSB og psykisk helsevern, men mener at rehabilitering også bør være med fra starten. Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, gir støtte til reformen, fordi de mener at den vil bedre situasjonen for pasienten, redusere ventetid og øke brukermedvirkningen innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). 12 Trinn kurs- og kompetansesenter støtter også at første innfasing av reformen omhandler pasientgrupper innen psykisk helse og TSB. NHO Service viser til at avhengighet er et økende samfunnsproblem og at Norge er i europatoppen hva gjelder overdoser, og mener derfor det er riktig at pasienter innenfor fagområdene psykisk helse og avhengighet prioriteres ved innfasing av ordningen. Flertallet viser for øvrig til at TSB er et område der det allerede eksisterer et bredt tilbud av private og ideelle aktører,

med tilbud som er godt etablerte blant pasientgruppen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, har merket seg at flere av høringsinnspillene til komiteen har argumentert med at disse pasientgruppene ikke egner seg for fritt behandlingsvalg. Dette er synspunkter som flertallet ikke deler. Mennesker som rammes av psykiske helseutfordringer og avhengighet har, etter flertallets mening, like stor rett på å få velge behandlingsform og behandlingssted som somatiske pasienter. Flertallet mener det er en ufordelaktig stigmatisering av pasientgruppene innen rus og psykisk helse, å hevde at disse pasientene vil være dårlig egnet og at fritt behandlingsvalg passer bedre for avklarte tilstander. Flertallet vil hevde at det kanskje spesielt for disse pasientgruppene kan være en avgjørende faktor for resultatet av behandlingen at den enkelte i større grad kan få påvirke valg av behandlingssted. Statistikk fra Norsk pasientregister viser i tillegg at pasienter innenfor rus og psykiatri er de pasientgruppene som i størst grad har en avklart tilstand og venter på behandling. Flertallet mener fritt behandlingsvalg kan være med på å sikre et viktig mangfold av kvalitativt gode tjenesteleverandører både i det offentlige og blant private/ideelle.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti peker på at de fleste høringsinstanser viser til at det er særdeles uheldig at sårbare pasienter innen rus og psykiatri skal inn under ordningen med Fritt behandlingsvalg. Svært mange advarer mot dette. Den norske legeföreningen uttaler for eksempel i sitt høringsinnspill til Stortinget at:

«Rus og psykiatri er ikke egnet som første gruppe ut. Den foreslåtte ordningen skal i første omgang gjelde døgnbehandling, mens den faglige utviklingen for rus og psykisk helse går mer mot dagbehandling og poliklinikk.»

Disse medlemmer er enig i dette resonnetet og vil understreke at det disse pasientene trenger mest av alt er integrerte, samtidige tjenester og samarbeid mellom ulike nivå i helsetjenesten. All erfaring viser at det beste resultatet oppnås dersom tilbudene gis i egen region og med god samhandling gjennom behandlingsforløp og rehabilitering. Derfor er det svært urovekkende at regjeringen velger fritt behandlingsvalg for nettopp disse sårbare pasientgruppene, fordi ordningen er frikoblet fra det offentlige helsevesenet og derfor ikke understøtter behovet for sammenhengende tjenester, som ikke minst rus- og psykiatripasienter har. Disse medlemmer mener dette er en stor, iboende svakhet ved reformen,

som etter hvert kan sette et grunnleggende prinsipp om likeverdige helsetjenester på spill.

Disse medlemmer er også enig med de høringsinstansene som i tillegg er bekymret for at FBV innebærer en ensidig satsing på døgnbehandling som ville kunne innebære økte liggetider og motvirke utbygging av polikliniske og ambulante behandlingstilbud innen psykiatrien. Norsk Sykepleierforbund fremhever at i psykisk helsevern er over 90 prosent av henvisningene til poliklinisk behandling, som altså ikke vil være inkludert i FBV-ordningen. Omfanget av privat tjenesteyting innen psykisk helsevern er lite og ytes i all hovedsak av ideelle organisasjoner. Det åpnes dermed opp et nytt marked for kommersielle leverandører, uten at man har en klar forestilling om hva som skal være innholdet. Norsk Sykepleierforbund viser til at innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det allerede en stor andel private leverandører, hovedsakelig drevet av ideelle organisasjoner. Disse medlemmer mener, i likhet med NSF og flere andre høringsinstanser, at det innenfor TSB er andre utfordringer som er viktigere å ta tak i og bruke ressurser på nå. Disse medlemmer mener i likhet med NSF at innsatsen i stedet må rettes mot å sikre god kvalitet og gode standarder for tjenesteyting overfor rusavhengige, inkludert lavterskel helsetjenester, tilgjengelig utredning og behandling, fleksible og varierte behandlingstilbud, sosial og helsefaglig oppfølging over tid, og helhetlige pasientforløp i samhandling med kommunene, inkludert bolig og arbeid.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti deler regjeringens vurdering av at rus og psykisk helsevern må være prioritert, men er enig med de mange høringsinstansene som mener at rus og psykisk helsevern er et lite egnet område for å fase inn FBV. Flere høringsinstanser viser til at dette er pasienter som nettopp krever en helhetlig og tilpasset behandlingsopplegg og som krever langsiktig oppfølging. Både legeföreningen, Sykepleierforbundet og de regionale helseforetakene mener at FBV egner seg dårlig for pasienter med lite avklarte tilstander, og at rus og psykiatri derfor egner seg dårlig for å innføres i en ordning med fritt behandlingsvalg. Blå Kors viser til at ikke alle pasienter vil ha forutsetninger for å gjøre valg på egen hånd. Av og til vil det være faglig riktig og forsvarlig at en pasient venter på rett behandlingstilbud med godt nær samarbeid og senere oppfølging fra kommunen.

Komiteens flertall, medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, merker seg bekymringen fra enkelte av høringsinstansene som uttrykker

bekymring for risikoen for dreining av aktiviteten mot døgnbehandling på bekostning av polikliniske tjenester. Flertallet vil understreke at fritt behandlingsvalg for døgnbehandling innen psykisk helsevern og TSB ikke skal endre kriteriene for å få rett til helsehjelp. Flertallet mener samtidig at det må følges med i utviklingen i bruk av ordningen for å unngå at innføring av fritt behandlingsvalg for døgnbehandling ikke skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene.

Flertallet mener i motsetning til Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti at det ikke er noe enten eller når det gjelder å styrke tilbudet til pasienter innenfor rus og psykisk helse. Flertallet viser til at i tillegg til at pasienter innen rus og psykisk helse vil være de første pasientgruppene som vil nyte godt av ordningen med fritt behandlingsvalg, har regjeringen sammen med samarbeidspartiene gjennom flere tiltak prioritert satsingen overfor denne pasientgruppen. Flertallet viser til at regjeringen har gjeninnført den «gylne regel» om at psykisk helse og rus hver for seg skal ha større vekst enn somatikken i alle helseregioner. Bevilgningene er økt i spesialisthelsetjenesten, og regjeringen har gjeninnført øremerkede tilskudd til kommunalt rusarbeid som de rød-grønne fjernet. Regjeringen vil legge frem en opptrappingsplan på rusfeltet, og styrke det psykiske helsetilbudet i kommunene. I statsbudsjettet for 2015 ble det vedtatt å videreføre rekrutteringstilskuddet, som gir rom for å nyrekruttere om lag 40 nye psykologstillinger i kommunene. I tillegg er det en sterk satsning på det forebyggende arbeid i kommunene, gjennom en styrking av helsestasjons og skolehelsetjenesten.

Prisfastsettelse

Komiteen viser til at regjeringen i reformen legger følgende rammer til grunn for fastsettelse av pris i fritt behandlingsvalg: For det første at det er et mål at prisen i fritt behandlingsvalg ikke skal medføre at kostnadene for staten øker, sammenlignet med økt bruk av anbud. For det andre skal prisene settes slik at de bidrar til legitimitet knyttet til ordningen noe som innebærer at private leverandører ikke kan ha en urimelig høy fortjeneste eller tilby et urimelig høyt lønnsnivå.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at denne «rammen» er høyst tolkbar, så lenge det ikke er definert hva som er urimelig høy fortjeneste eller urimelig høyt lønnsnivå. I det hele virker måten prisfastsettelsen skal skje på som svært uklar, og det er mange spørsmål som ikke er besvart. Disse medlemmer viser også til at det i høringene kom fram kritikk av hvordan man i praksis skal kunne klare å fast-

sette prisene slik departementet beskriver i høringsnotatet. Det vises blant annet til at anbudsprisene er hemmelige, at det er geografiske forskjeller og at prisene endres over tid. En lav pris vil også kunne stimulere FBV-leverandørene til å sile pasienter, og mange høringsinstanser uttrykker bekymring for at det vil kunne få konsekvenser for kvaliteten i tilbudet.

Komiteen viser til at regjeringen vil utrede nærmere den konkrete mekanismen for prisfastsettelse i forbindelse med utarbeidelsen av høringsnotatet om forskriften om fritt behandlingsvalg. I komitéhøringen merket komiteen seg at Blå Kors fremholdt at pris til leverandør som begrensende grep vil kunne utfordre prioritering, fordi det inviterer til å innrette virksomheten mot områder der det er mulig å skape lønnsomhet. Blå Kors mener videre at det må avklares hvordan laveste anbudspris skal defineres, og trekker blant annet frem at kostnadsforholdene vil variere mellom helseregionene. NHO Service viser til at dersom prisen settes under anbudsprisen, og at man ikke ser prisen som funksjon av hva som leveres, hva man får igjen og som funksjon av krav og plikter i ordningen, står man i fare for å få for liten interesse for ordningen. Virke fremholder at prisen på plassene må innrettes slik at de ikke øker kostnadene for staten, ei heller at de ideelle og private aktørene kan ha urimelig høy fortjeneste på FBV-plassene de får innvilget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at departementet i høringsnotatet la til grunn at godkjenningen til å levere i fritt behandlingsvalg skal ha en viss varighet for den enkelte private leverandør, for eksempel fem år. Begrunnelsen for forslaget var at helsemyndighetene kan ha behov for å justere innretningen av fritt behandlingsvalg, blant annet i lys av endrede behov for spesialisthelsetjenestene. Disse medlemmer registrerer at regjeringen ikke vil konkludere på dette spørsmålet, men vil overlate til forskriftsarbeidet å avgjøre om godkjenningene skal være tidsavgrensede. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at et slik grunnleggende spørsmål ikke skal tas stilling til politisk.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til grunn at godkjenning av private tilbydere til å levere i fritt behandlingsvalg skal være tidsavgrensede.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at departementet vil utrede spørsmålet om tidsbegrensning av godkjen-

ning nærmere i forskriftsarbeidet. Disse medlemmer vil samtidig vise til at helsemyndighetene kan ha behov for å justere innretningen av fritt behandlingsvalg blant annet i lys av endrede behov for spesialisthelsetjenester. Disse medlemmer vil vise til at dette trekker i retning av at godkjenningen bør være tidsbegrenset.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti påpeker at omfang og effekt av fritt behandlingsvalg avgjøres av prisfastsettingen. Men denne er ikke avklart og kun omtalt på overordnet nivå. Disse medlemmer mener det ikke er mulig for Stortinget å gi en forsvarlig behandling av ordningen før prisfastsettingen er avklart. Disse medlemmer merker seg at regjeringspartiene, og senest statsråd Bent Høie i sitt svar på spørsmål nr. 12 i brev av 6. mars 2015 til helse- og omsorgskomiteen, gir inntrykk av at ordningen vil gi et ubegrenset volum av tilbud. Dette er etter disse medlemmers mening uakseptabelt når det ubegrensede volumet skal finansieres innen en begrenset ramme som også skal finansiere akuttberedskap og annen vital sykehusbehandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til statsrådets svar til komiteen på spørsmål 12 i brev av 6. mars 2015. Her understreker nettopp statsråden at med fritt behandlingsvalgreformens innføres en ordning som gir pasienter som må vente unødvendig lenge på nødvendig behandling, en sikkerhetsventil, gjennom å kunne velge seg til private aktører godkjent i den nye ordningen, i tillegg til offentlige sykehus og private aktører som foretakene har avtaler med. Flertallet vil understreke at et sentralt mål med den nye ordningen i fritt behandlingsvalg, i tillegg til de kjøp av tjenester som gjøres i dag, er å styrke pasientens rettigheter og redusere unødvendig venting. Dersom Stortinget, uten spesifikke føringer, bevilger et beløp til å øke kjøpene av helsetjenester gjennom anskaffelser som i dag, vil det ikke løse utfordringen med at det fortsatt vil være begrensninger på hvor mange pasienter som kan behandles. Gjennom fritt behandlingsvalg fjernes, for de innfasede behandlinger, kvotene for hvor mange som kan behandles.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at regjeringen legger til grunn at Helsedirektoratet skal ha ansvar for å godkjenne, kontrollere og prisfastsette tjenestene i fritt behandlingsvalg, men at det er de offentlige sykehusene som skal ta regningen over sine begrensede budsjetter.

Disse medlemmer mener at dette vil bidra til å øke byråkratiet i helsevesenet, ikke redusere det, noe som står i sterk kontrast til regjeringens målsetninger for sektoren, uttalt blant annet i statsbudsjettet for 2015, der det ble innført en såkalt avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform i statlig sektor, inkludert i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet noterer seg med en viss undring at Helse- og omsorgsdepartementet understreker at «bruk av anbud er den mest effektive måten å avdekke den laveste prisen en leverandør er villig til å levere tjenester for». Samtidig velger regjeringen å se bort fra den åpenbare muligheten anbudsordningen gir, dersom man ønsker å utvide bruken av private aktører i tjenestene. Istedenfor velger man altså en tungrodd, kostbar og uforutsigbar ordning, hvor direktoratet pålegges å avtale pris for tjenestene, som til alt overmål skal ligge under minste anbudspris. Disse medlemmer stiller seg tvilende til at det skal være mulig å levere samme kvalitet som anbudene krever, men altså til lavere pris. Disse medlemmer mener dette ikke står til troende og vil advare mot at pasienter som benytter fritt behandlingsvalg, ikke får den behandlingsskvalitet helsevesenet lover.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet er særlig bekymret når Stortinget ikke får innsyn i Helsedirektoratets innspill og innvendinger mot ordningen. Disse medlemmer mener Stortinget bør ha fullt innsyn i Helsedirektoratets vurdering av ordningen før lovforslaget behandles. Disse medlemmer peker på at det fortsatt er så store uavklarte spørsmål knyttet til deler av reformen at det er vanskelig å overskue hvilke konsekvenser forslagene vil få. For eksempel skal man komme tilbake til og utrede videre spørsmålet vedrørende fastsetting av den prisen private skal få for hver behandling, noe som er helt avgjørende for hvor attraktiv ordningen blir for private kommersielle aktører. Innretningen på ordningen vil etter disse medlemmers mening kunne innebære mindre helse per kroner fordi ordningen over tid vil kunne undergrave anbudsprosessene i sykehusene. Når aktører som taper anbud etterpå likevel kan levere behandlinger under ordningen med fritt behandlingsvalg, vil det sannsynligvis over tid øke prisene fordi anbudsrundene blir mindre viktige for de private aktørene. Det er etter disse medlemmer syn ikke pasientvennlig å betale mer enn nødvendig til private kommersielle aktører.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil vise til statsrådets svar i

brev av 6. mars 2015 der han under spørsmål 14 svarer følgende:

«(...) Helsedirektoratet har avgitt høringsuttalelse. Høringsuttalelsen fra Helsedirektoratet er tilgjengelig på nettsiden til Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsuttalelsen har inngått i arbeidet med lovforslaget. Helsedirektoratet vil tilsvarende være høringsinstans når høringsnotat om fritt behandlingsvalg sendes på offentlig høring.

Helsedirektoratet bistår departementet i den videre utredningen av ordningen med fritt behandlingsvalg. I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2015 står det: «Helsedirektoratet skal bistå departementet i utredningen av ordningen med fritt behandlingsvalg (...)»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg med forbauselse de bastante resonnementene regjeringen legger opp til når det gjelder den angivelige dynamikk fritt behandlingsvalg skal kunne skape i helsesektoren. Det står etter disse medlemmers mening ikke til troende at de offentlige sykehusene nå plutselig skal bli så «inspirert» av konkurransen at man nærmest mangedobler sin behandlingsskapasitet som følge av fritt behandlingsvalg. Det er også merkelig at regjeringen snakker om å «fjerne aktivitetstaket» i de offentlige sykehusene. Disse medlemmer vil minne om at det omtalte «aktivitetstaket» ble innført av regjeringen Bondevik II i 2004 som følge av en svært anstrengt sykehusøkonomi, mens det samme «taket» i realiteten ble avvirket av den rød-grønne regjeringen i 2011, etter at man hadde styrket sykehusøkonomien betydelig. Det betyr med andre ord at regjeringen snakker om en hindring for økt behandling som ikke lenger er til stede i sykehusene. Disse medlemmer vil for øvrig sitere Den norske legeforening som i sitt høringsinnspill til komiteen sier at:

«Det mest effektive tiltaket for å få ned ventetidene og køene er å sikre de offentlige sykehusene adekvate rammebetingelser gjennom økte bevilgninger over statsbudsjettet.»

Disse medlemmer er enige i dette, og vil minne om at regjeringen i inneværende års budsjett på langt nær gir sykehusene de budsjetttrammer som ble lovt før valget i 2013. Faktisk ligger man over 1 mrd. kroner lavere enn det regjeringspartiene selv påpekte var nødvendig, og som man forsikret om skulle komme på plass dersom man kom i regjering. Disse medlemmer peker på at sykehusene har store oppgaver i årene som kommer; utfordringer som regjeringen på ingen måte følger opp økonomisk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen og samarbeidspartiene har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i de to første budsjetter, sammenlignet med hva den rød-grønne regjeringen fikk vedtatt gjennom sine åtte.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg også den bekymring som uttrykkes fra flere regionale helseforetak over at det helhetlige sørge-for-ansvaret nå fjernes fra regionene. Det er i regionene man er tett på befolkningen, og det er her vi finner de offentlige sykehusene med ansvar for den kliniske aktiviteten, som dermed kjenner behovene best. Når Helsedirektoratet nå får denne oppgaven i fritt behandlingsvalg, fjerner man ressursfordelingen fra dem som sitter med ansvaret. Disse medlemmer mener at en bredere utrulling av fritt behandlingsvalg vil innebære en sterk og uoversiktlig markedsstyring i helsesektoren, med fare for at man kan få en privat sykehussektor ved siden av, og uten samarbeid med, offentlige sykehus. I nær framtid vet vi at det blir knapphet på mennesker som skal bekle de ulike helseprofesjonene. Disse medlemmer vil hevde at regjeringen er i ferd med å innføre en helsepolitikk som sluser både økonomiske og faglige ressurser fra offentlig til privat sektor, med de svært alvorlige konsekvensene det vil ha for det solidariske helsevesenet, som har som mål å gi likeverdige tjenester til alle innbyggere over hele landet.

Disse medlemmer vil understreke at når finansieringen av ordningen med fritt behandlingsvalg etter regjeringens forslag skal skje som en overslagsbevilgning innenfor helseforetakenes rammebevilgning, gjør det økonomien i sykehusene mer ustabil. Når inntektene og utgiftene til sykehusene blir usikre, reduseres investeringskraften i sykehusene. Sykehusene vil måtte ta høyde for usikkerheten i sine buffere, og kan investere mindre. Dette er en trussel mot å realisere nye bygg, nytt utstyr og nye behandlingsmåter, og vil på sikt kunne bety et mindre effektivt helsevesen. Disse medlemmer peker på at reformen Fritt behandlingsvalg reiser svært mange uavklarte problemstillinger og at ordningen framstår med betydelige svakheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener som et minimum at ordningen ikke bør finansieres direkte fra sykehusbudsjettene, og at administrasjon av ordningen legges til aktørene som har det lovfestede sørge-for-ansvaret, nemlig helseregionene.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forskrift gi de regionale helseforetakene ansvaret for å godkjenne og innfase tilbydere i ordningen fritt behandlingsvalg, og sørge for at helseforetakene også får ansvaret for prissetting av tjenestene, på samme måte som man har ansvar for avtaler som inngås gjennom anbudsordningen med private og ideelle tilbydere.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i arbeidet med forskriften og i kommende budsjetter tydeliggjøre de økonomiske konsekvensene av ordningen fritt behandlingsvalg, og flytte bevilgningen til fritt behandlingsvalg fra helseregionenes interne budsjetter til en egen bevilgning under Helse- og omsorgsdepartementets rammeområde.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til at det sentrale formålet ved innføring av fritt behandlingsvalg er at pasienten skal få økt valgfrihet. Det er ikke tenkt at det skal gjelde noen lempeligere krav til kvalitet, tilsyn og klagemuligheter overfor fritt behandlingsvalgleverandørene. En rekke krav følger allerede av gjeldende lovgiving som også omfatter privat virksomhet, blant annet kravet til faglig forsvarlige tjenester som følger av spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Flertallet vil påpeke at ordningen i seg selv gir incentiver for leverandørene til å fokusere på kvalitet, ettersom det er pasientens valg som utløser aktivitet, og private med godkjenning vil ha mindre sikkerhet for sitt volum enn private med avtale. Dette vil gi private med godkjenning incentiver til å ha høy kvalitet på sine tjenester, for å tiltrekke seg pasienter.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringspartiene legger til grunn at økt konkurranse vil kunne bidra til å sikre forsvarlighet og kvalitet i helsetjenestene. Disse medlemmer mener at konkurranse som hoveddrivkraft ikke stimulerer til å være åpen om feil som skjer, men heller det motsatte, i og med at åpenhet kan svekke omdømmet og dermed konkurransekraften til tilbyderen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil vise til at en del av formålet med reformen er å sti-

mulere de offentlige sykehusene til å behandle flere pasienter. Det oppnås bl.a. med å gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 prosent ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft. Flertallet vil påpeke at i departementets styringsdialog med de regionale helseforetakene har aktivitetsstyring blitt vektlagt i oppfølgingen. Flertallet vil vise til brev fra statsråden datert 6. mars 2015, hvor det fremgår at selv om antall produserte DRG-poengde de seneste årene har vært noe høyere enn de årlige budsjettforutsetningene, så er det departementets vurdering at systemet med aktivitetsstyring i tråd med intensjonen har virket begrensende på aktivitetsveksten.

Flertallet vil derfor hevde at det er uriktig hva Arbeiderpartiet påstår om at det ikke har eksistert et aktivitetstak i de offentlige sykehusene.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringen i lovforslaget spesielt drøfter spørsmålet om hvorvidt avtalespesialister skal kunne delta i fritt behandlingsvalgordningen. Avtalespesialister med 100 pst. avtalehjemmel kan allerede i dag behandle pasienter uten et tak på antall pasienter. Bakgrunnen for at det i lovforslaget ikke foreslås å åpne for at disse kan levere tjenester i ordningen er at det vil kunne være forskjell mellom takstene/prisene i de to ordningene. Dette flertallet viser til at staten da vil kunne ende opp med å betale mer enn nødvendig for en gitt aktivitet. Dette flertallet viser allikevel til at regjeringen vil utrede om det er hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialister med mindre enn 100 pst. hjemmel kan levere tjenester i fritt behandlingsvalg på områder hvor det ikke finnes refusjonstakster fra folketrygden.

Dette flertallet viser til at det er mer enn 1 500 avtalespesialister i Norge, som utfører omtrent 30 pst. av all poliklinisk behandling i landet. Regjeringen vil redusere ventetider og gi god pasientbehandling ved å benytte avtalespesialister mer. Dette flertallet viser til at regjeringen har hatt en konstruktiv dialogprosess med aktørene for å finne løsninger på økt samarbeid. Denne dialogen er nå sluttført, og det er enighet om å få på plass et forpliktende samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene. Detaljene rundt samarbeidet skal utarbeides i fellesskap av Den norske legeforening, Psykologforeningen og de regionale helseforetakene, samtidig som avtaleverket reforhandles i 2015.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringen ikke mener det er hensiktsmessig å åpne for at avtalespesialister skal kunne levere behandlinger også i fritt behandlingsvalg. Begrunnelsen er at motivet for å velge å yte behandling til den prisen som er fastsatt i fritt behandlingsvalg, antakelig vil være at det er forskjell mellom takstene/prisene i de to ordningene og at staten vil ende opp med å betale mer enn nødvendig for en gitt aktivitet. Disse medlemmer mener at denne argumentasjonen viser at økt bruk av avtalespesialister vil være en bedre og billigere ordning enn innføring av fritt behandlingsvalg.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om tiltak for økt bruk av avtalespesialister.»

Utforming av forskrift

Komiteen merker seg at det er ulik tilnærming i høringsinnspill til komiteen når det gjelder utforming av forskrift. Hovedorganisasjonen Virke mener at ved å stille høye krav til kvalitet, tilgjengelighet og økonomi er det mulig å øke kapasitet samtidig som man holder seg innenfor konkurransereglene i EØS-avtalen. Virke fremholder at disse forholdene må reguleres nærmere i forskrift. På høringen uttalte Virke at det er viktig at føringene er vide fra Stortinget når departementet skal fastsette forskriften, nettopp for å imøtekomme de forannevnte forhold. Norsk Sykepleierforbund mener derimot at proposisjonen i liten grad gir svar på hvem som skal få et tilbud gjennom ordningen og effekter utover økt valgfrihet for pasientene. De uttrykker bekymring for at dette skal avklares gjennom forskriftsarbeidet i etterkant av Stortingets behandling, og dermed uten Stortingets involvering. Komiteen viser til at regjeringen foreslår at avtalespesialister ikke omfattes av fritt behandlingsvalg, mens Den norske legeförening mener avtalespesialistene bør vurderes som en del av denne ordningen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet støtter regjeringens forslag om at den rettslige reguleringen av fritt behandlingsvalg og reguleringen av forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandør foretas gjennom en forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Disse medlemmer viser til at de fleste høringsinstansene i departementets høringsrunde støttet denne tilnærmingen. Videre viser disse medlemmer til at Hovedorganisasjonen Virke i høringen i komiteen uttalte at de mener en forskriftsregulering på en god måte vil kunne regulere forholdene knyttet til kvalitetskrav, tilgjengelighet og økonomi.

Disse medlemmer deler dette synspunktet, og støtter regjeringen i at forskrift bør velges som reguleringsmåte, særlig fordi det vil være behov for å gjøre en del endringer underveis, og at det derfor vil være u hensiktsmessig å regulere detaljene i ordningen i lov. Disse medlemmer viser til at de private/ideelle leverandørene som skal levere tjenester innenfor FBV-ordningen, må stilles overfor tilsvarende krav som private leverandører som har avtale med et regionalt helseforetak. Disse medlemmer har merket seg at regjeringen har uttrykt det samme og at dette vil være et klart utgangspunkt i forskriftsarbeidet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at tross omfattende ressursbruk, har ikke regjeringen maktet å legge frem sentral informasjon som prissetting av tilbudene som skal innføres, praktiske forhold rundt rettighetsvurdering underveis i pasientforløpet eller økonomiske forhold rundt fristbrudd, for å nevne noe. Regjeringen har heller ikke villet dele med Stortinget Helsedirektoratets vurderinger og innspill eller de økonomiske konsekvensene av ulike måter å implementere ordningen på. Disse medlemmer mener det sentrale nå i stedet bør være å finansiere helseregionene til å øke både offentlige og privat kapasitet, fremfor å vedta en åpenbart uferdig reform.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen, dersom lovforslaget blir vedtatt i Stortinget, vil sende forslag til forskrift med nærmere vurdering av de kravene som skal stilles til leverandørene, på egen høring. Disse medlemmer fremmer i den forbindelse følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen, dersom lovforslaget blir vedtatt i Stortinget, i den varslede høringen om forslag til forskrift med nærmere vurdering av de kravene som skal stilles til FBV-leverandørene, inkludere detaljer og effekter om prisfastsetting, de økonomiske konsekvenser av ulike måter å implementere ordningen på, behov for økt ressursbruk i sentral helseforvaltning og en full oversikt over Helsedirektoratets vurdering av ordningen».

Disse medlemmer støtter ikke regjeringens forslag om at den rettslige reguleringen av fritt behandlingsvalg og reguleringen av forholdet mellom det offentlige og den enkelte private leverandør i denne saken skal foretas gjennom forskriftshjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Disse medlemmer vil presisere at det å utarbeide en forskrift er naturlig og nødvendig ved innføring av en reform, men da for å regulere detaljene, ikke premissene. I FBV-reformen er det flere store grunnleggende politiske

problemstillinger og premisser som regjeringen legger opp til at skal avklares gjennom forskriftsarbeidet. Disse medlemmer mener dette er en svært udemokratisk måte å innføre en helsereform på, noe som gjør at ordningen fremstår som uklar.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet vis komme tilbake til Stortinget med avklaringer på gjenstående uavklarte spørsmål, før eventuell forskriftshjemmel om detaljene i fritt behandlingsvalg trer i kraft.»

Disse medlemmer viser til at departementet i høringsnotatet foreslo at det skulle kunne legges vekt på helsepolitiske hensyn i vurderingen av om godkjenning skulle gis eller ikke. Eksempler på forskriftsbestemmelser med krav av samfunnsmessig karakter kunne ifølge departementet 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 helsepersonellressuser det er knapphet på

Disse medlemmer mener det er beklagelig at regjeringen ikke har valgt å foreslå dette i proposisjonen. Disse medlemmer mener at regjeringens alternative forslag om å styre dette ved å fase bestemte pasientgrupper inn og ut av ordningen, er et lite virksomt virkemiddel for å ivareta helsepolitiske hensyn. Disse medlemmer vil vise til at de regionale helseforetakene på komiteens høring poengterte følgende angående problemet med tap av nøkkelpersonell:

«Det er viktig at disse forhold vektlegges ved godkjenninga av FBV-leverandører, ved at de lokale forhold hva gjelder tilgang på nøkkelpersonell, og fare for at disse forsvinner fra sykehuset, vurderes»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringen i proposisjonen oppgir at i vurderingen av om tjenester skal fases inn eller ut, bør ivaretagelse av samfunnsmessige hensyn stå sentralt. Disse medlemmer mener det fremstår som uklart hva regjeringen legger i «samfunnsmessige hensyn» og hvorfor den her har valgt å gå bort ifra begrepet «helsepolitiske hensyn».

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge vekt på helsepolitiske hensyn i vurderingen av godkjenning av fritt behandlingsvalgaktører.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet støtter regjeringens vurdering av at det ikke skal legges vekt på helsepolitiske hensyn i selve godkjenningsordningen. Disse medlemmer viser til at slike hensyn er vanskelig å gjøre operasjonaliserbare, og slike hensyn vil kreve mye ressurser både ved vurdering av søknader og ved eventuell klagebehandling. Etter disse medlemmers vurdering vil slike hensyn best kunne ivaretas gjennom en aktiv styring av innfasing og utfasing av tjenester som er prissatt i ordningen. Disse medlemmer viser til at innfasing av tjenester må skje i samspill med berørte aktører i ordningen, der informasjon om knapphet på nøkkelpersonell og geografisk tilgjengelighet av spesialisthelsetjeneste vil være relevante hensyn som kan vektlegges i vurderingene av hvilke tjenester som eventuelt skal fases inn i ordningen.

Forholdet til offentlige sykehus

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Legeforeningens høringsinnspill til komiteens høring:

«De lange ventetidene i spesialisthelsetjenesten viser at helseforetakene ikke har nådd målsetningene nedfelt i forarbeidene til foretaksreformen. Dette må sees i sammenheng med manglende finansiering av aktivitetsveksten. De offentlige sykehusene sliter i dag med et gjennomgående og uforsvarlig overbelegg. Det har sin bakgrunn i lavt sengetall, redusert liggetid, nedslitte bygninger, utdatert medisinsk teknisk utstyr, svake IKT-systemer, og behandlingsskøer. Det må unngås at den nye ordningen med fritt behandlingsvalg fører til at offentlige sykehus mister viktige fagfolk og ressurser.»

Disse medlemmer er enig med legeforeningen i dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at FBV kan bidra til kompetanseflukt og dermed en svekking av offentlige sykehus. Siden offentlige sykehus har ansvar både for øyeblikkelig hjelp, forskning og utdanning, er det avgjørende at kompetanseflukt hindres. Disse medlemmer viser til at de regionale foretakene på høringen i komiteen også var svært klare på at lange ventetider for definerte problemer er ofte resultat av mangel på nøkkelpersonell, mer enn følge av et økonomisk problem. De regionale foretakene uttalte på høring at økt kapasitet utenfor de offentlige sykehus ikke løser problemet, hvis det skjer ved å tappe nøkkelpersonell fra flaskehalsen i det offentlige sykehuset.

Disse medlemmer mener det er påtakelig at innvendingene om tap av nøkkelpersonell, tatt opp

av blant andre de regionale helseforetakene og Norsk Sykepleierforbund, ikke er drøftet i proposisjonen, og deler bekymringene fremsatt av blant andre NSF i høringen om behovet for investeringer i offentlige sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det ikke er grunn til å frykte at fritt behandlingsvalg vil tappe de offentlige sykehusene for fagfolk. Reformen skal stimulere den offentlige helse-tjenesten til å bli mer effektiv, og det er all grunn til å anta at de fleste pasientene fortsatt vil velge det offentlige tilbudet. Flertallet viser til at spesialister og helsepersonell i all hovedsak vil jobbe der pasientene er og der de faglige utfordringer er store. Flertallet viser til at regjeringen har varslet at ordningen skal fases gradvis inn og at man vil følge nøye med på utviklingen. Flertallet viser videre til at det kan være aktuelt å stille som krav til leverandørene i fritt behandlingsvalg at virksomheten skal stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell, forskning, innovasjon og spesialistutdanning ved behov. Dette vil man komme tilbake til i arbeidet med forskriften.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at offentlige sykehus ifølge spesialisthelsetjenesteloven har ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av utdanning og forskning, og frykter at innføring av helsereformen FBV vil føre til at offentlige sykehus får svekkede muligheter til å utføre sitt lovpålagte ansvar for utdanning og forskning.

Disse medlemmer er bekymret for konsekvensene som FBV har på rammebetingelser, ressursutnyttelser og effektivitet i det offentlige tilbudet, tilgang til viktige helsepersonellgrupper, tilgjengelighet til behandling for ulike pasientgrupper, muligheten for et helhetlig og sammenhengende tilbud for pasienter som trenger det og økende sentralisering av spesialisthelsetjenestetilbud. Disse medlemmer mener at lovproposisjonen ikke avklarer viktige spørsmål som hvem som skal få et tilbud gjennom ordningen, og effekter utover økt valgfrihet for pasienten. Omfang, finansiering og kostnader er også usikkert. På denne bakgrunn støtter disse medlemmer ikke innføringen av en ordning med fritt behandlingsvalg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Socialis-

tisk Venstreparti viser til at flere høringsinstanser har uttrykt bekymring for at utdanningsplikten til de offentlige sykehusene skal bli vanskeligere å oppfylle som følge av reformen.

Disse medlemmer viser til at Universitets-sykehuset i Nord-Norge uttrykker det på denne måten i sin høringsuttalelse av 16. september 2014:

«Det er i det offentlige helsevesenet utdanning av helsepersonell skjer i dag. Vi ser med bekymring på at det offentlige skal utdanne helsepersonell, som kan søke seg bort fra det offentlige helsevesenet, så snart bindingstiden er ute. Private aktører er ikke forpliktet til å bidra til fellesskapet i så måte. Det bør derfor vurderes hvordan private i fremtiden kan bidra med utdanning av helsepersonell.»

Disse medlemmer deler disse bekymringene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil videre påpeke at denne reformen representerer en utvikling for helsesektoren som disse medlemmer ikke ønsker. En utvikling mot mer privatisering og kommersialisering vil verken gagne pasientene eller helsevesenet, og disse medlemmer er sterkt bekymret for de konsekvensene en slik privatiseringsreform vil få, blant annet når det kommer til tap av nøkkelpersonell i det offentlige helsevesenet og utfordringene knyttet til utdanning av helsepersonell. Disse medlemmer registrerer likevel at det er overveiende sannsynlig at denne reformen vil få flertall. Disse medlemmer støtter ikke innføringen av fritt behandlingsvalg, men hvis reformen får flertall, vil disse medlemmer fremme følgende forslag om utdanningskompensasjon:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag om å innføre en avgift for kommersielle aktører innenfor ordningen med fritt behandlingsvalg, som kompensasjon for at disse aktørene ikke har den samme plikt til å bidra til utdanning av helsepersonell som det offentlige helsevesenet.»

4. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sette som krav for godkjenning av aktører i ordningen med fritt behandlingsvalg at det etableres kommuniserende IKT-systemer, som sikrer et godt samarbeid om pasientforløp med den offentlige helsetjenesten.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for at avtaler med ideelle aktører visis fra anbud over mot lengre og løpende avtaler for å sikre forutsigbarhet og høy kvalitet.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen evaluere hvordan ordningen med økt ISF-andel til 50 prosent påvirker behandlingstilbudet og prioriteringer.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen legge til grunn at godkjenning av private tilbydere til å levere i fritt behandlingsvalg skal være tidsavgrensede.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen i arbeidet med forskriften og i kommende budsjetter tydeliggjøre de økonomiske konsekvensene av ordningen fritt behandlingsvalg, og flytte bevilgningen til fritt behandlingsvalg fra helseregionenes interne budsjetter til en egen bevilgning under Helse- og omsorgsdepartementets rammeområde.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen, dersom lovforslaget blir vedtatt i Stortinget, i den varslede høringen om forslag til forskrift med nærmere vurdering av de kravene som skal stilles til FBV-leverandørene, inkludere detaljer og effekter om prisfastsetting, de økonomiske konsekvenser av ulike måter å implementere ordningen på, behov for økt ressursbruk i sentral helseforvaltning og en full oversikt over Helsedirektoratets vurdering av ordningen.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen på egnet vis komme tilbake til Stortinget med avklaringer på gjenstående uavklarte spørsmål, før eventuell forskriftshjemmel om detaljene i fritt behandlingsvalg trer i kraft.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:*Forslag 8*

Stortinget ber regjeringen fremme egen sak for Stortinget om evaluering av FBV-ordningen, der Stortinget får ta stilling til eventuell utviding eller utvikling av ordningen.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen i forskrift gi de regionale helseforetakene ansvaret for å godkjenne og innfase tilbydere i ordningen fritt behandlingsvalg, og sørge for at helseforetakene også får ansvaret for

prissetting av tjenestene, på samme måte som man har ansvar for avtaler som inngås gjennom anbudsordningen med private og ideelle tilbydere.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om tiltak for økt bruk av avtalespesialister.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen legge vekt på helsepolitiske hensyn i vurderingen av godkjenning av fritt behandlingsvalgaktører.

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:*Forslag 12*

Stortinget ber regjeringen utsette innføring av fritt behandlingsvalg inntil det er kommet en løsning på pensjonsutfordringene for ideelle organisasjoner som tilbydere av helse- og sosialtjenester.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag om å innføre en avgift for kommersielle aktører innenfor ordningen med fritt behandlingsvalg, som kompensasjon for at disse aktørene ikke har den samme plikt til å bidra til utdanning av helsepersonell som det offentlige helsevesenet.

5. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen, og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

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

I

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

§ 4-3 *Fritt behandlingsvalg*

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

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling og bortfall av god-

kjenning av virksomheter som kan yte helsehjelp etter første ledd. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om forvaltning av ordningen, herunder prising av tjenester og innføring av tjenester.

II

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

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

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

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

Ny § 2-4 skal lyde:

§ 2-4 Rett til fritt behandlingsvalg

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

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

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevern-

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

Retten etter første og andre ledd gjelder ikke private rehabiliteringsinstitusjoner.

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

§ 2-6 første og femte ledd skal lyde:

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

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

III

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

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 26. mars 2015

Kari Kjønås Kjos
leder

Tone Wilhelmsen Trøen
ordfører

VEDLEGG 1**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 6. mars 2015****Prop 56. L (2014-2015) - Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) - Spørsmål**

Jeg viser til brev av 20. februar 2015 fra Helse- og omsorgskomiteen til helse- og omsorgsministeren.

1. Hvilke vurderinger gjør departementet om hvordan en stykkprisfinansiering/kjøp av tjenester parallelt med kjøp av tilsvarende tjenester på anbud, påvirker hvilke priser de regionale helseforetakene vil få i fremtidige anbud?**Svar:**

Det vises til avsnitt 9.2 i proposisjonen. Departementet foreslår 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.

Enkelte av høringsinstansene pekte på utfordringer knyttet til departementets forslag til prisfastsettelse, jf. avsnitt 9.2.3.2 i proposisjonen. Departementet vil i forbindelse med forskriftsarbeidet utrede hvordan disse forholdene skal håndteres. Rammene beskrevet over skal uansett legges til grunn for fastsettelse av pris i fritt behandlingsvalg, jf. avsnitt 9.2.3.2 i proposisjonen.

2. Vil ordningen med fritt behandlingsvalg (FBV) innebære at kommersielle aktører som taper anbud pga. for lav kvalitet, likevel vil kunne levere tjenester betalt av det offentlige gjennom ordningen, og hvordan vil dette påvirke insentivene til å ha høy kvalitet blant tilbyderne av denne type tjenester?**Svar:**

De fire helseregionene har avtaler med mange private institusjoner. Disse avtalene skal inngås etter gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser. Det ligger i sakens natur at ikke alle tilbydere kan vinne frem i den enkelte anbudskonkurranse. Dette kan skyldes ulike forhold, herunder bl.a. at andre deltaker

re i konkurransen har kunnet levere til en gunstigere pris eller til en høyere kvalitet.

Ordningen med fritt behandlingsvalg følger ikke regelverket for offentlige anskaffelser. Leverandørene under ordningen er like fullt bundet av gjeldende rett og skal dermed levere faglig forsvarlige helsetjenester. Departementets vurderinger av hvilke krav som skal stilles til leverandører som ønsker å levere i fritt behandlingsvalg framkommer i avsnitt 9.2.3.2 i proposisjonen. Statlig tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp at myndighetskrav, herunder at regler nedfelt i lovverket, etterleves. Fylkesmannen og Statens helsetilsyn fører tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, herunder ytelser av helsetjenester etter ordningen med fritt behandlingsvalg, jf. Helsetilsynsloven § 1. I tillegg gir ordningen i seg selv insentiver for leverandørene til å fokusere på kvalitet siden det er pasientens valg som utløser aktivitet og siden private med godkjenning vil ha mindre sikkerhet for sitt volum enn private med avtale. Dette vil gi private med godkjenning insentiver til å ha høy kvalitet på sine tjenester for å kunne tiltrekke seg pasienter.

3. Hva slags tilleggsbyråkrati utover dagens system vil departementet og evt. underliggende etater ha behov for til å administrere ordningen med FBV?**Svar:**

For pasientene gir ikke fritt behandlingsvalg mer byråkrati. Det spiller liten rolle for pasienten hvordan staten finansierer behandlingen, dvs. gjennom anskaffelse fra RHF eller ved godkjenning fra HELFO.

All helsetjeneste, uansett om den er i offentlig eller privat regi, krever i tillegg velfungerende systemer for sikre god kvalitet. Private som leverer i fritt behandlingsvalg skal stilles overfor de samme kravene til rapportering som private med avtale og offentlige sykehus. IKT-løsninger for informasjon til pasienter om tilbudene i fritt behandlingsvalg og utveksling av pasientinformasjon mellom offentlige sykehus og fritt behandlingsvalgleverandører vil i hovedsak bygge på løsningene som gjelder ved bruk av fritt sykehusvalg.

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

landsbehandling. Den vedtatt bevilgningen på 20 mill. kroner i statsbudsjettet for 2015 til administrasjon er bl.a. knyttet til utvikling av felles IKT-systemer som vil understøtte fritt behandlingsvalg, fritt sykehusvalg, fristbruddsordningen og ordningene for utenlandsbehandling. Dette vil komme pasienter som benytter disse ulike ordningene til gode.

4. Hvor mye arbeid gjenstår i departementet og i underliggende etater knyttet til prissetting av de ulike tjenestene som skal inngå i FBV?

Svar:

Dette utredningsarbeidet pågår og vil avsluttes innen ordningen skal iverksettes.

5. Hvis prisen på tjenestene i FBV-ordningen skal legges under laveste anbudspris som gjelder i avtalene mellom de regionale helseforetakene og private aktører; hvordan vil man sikre at prisen som settes er reelt sammenlignbar?

Svar:

En forutsetning for å prissette en tjeneste er at tjenesten er definert.

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, jf. avsnitt 9.2.3.2. Definisjonen av tjenesten som ligger til grunn for prisfastsettelse vil i så fall i all hovedsak være sammenfallende for fritt behandlingsvalg og anbud. Dermed vil prisen i all hovedsak være sammenlignbar.

6. Hvis prisen på tjenestene i FBV legges under laveste anbudspris i helsesektoren forøvrig: Hvordan mener departementet at dette vil påvirke pasientenes valg av leverandør?

Svar:

Anbudsprisen for en gitt tjeneste kan variere mellom RHF. Departementet er ikke kjent med at forskjeller i prisene som er avtalt mellom RHF og leverandøren på en tjeneste er sentralt for pasientenes bruk av fritt sykehusvalg i dag. Pasientene vil trolig velge tjenesteleverandør i fritt behandlingsvalg basert på egne preferanser, råd fra fastlege og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten samt informasjonen, bl.a. om ventetider, om alternative behandlingssteder som er tilgjengelig gjennom helsenorge.no og telefon tjenester. Det vil trolig spille begrenset rolle for pasientens valg av leverandør hvordan, og til hvilken pris, staten finansierer behandlingen. Hvilke konkrete vurderinger den enkelte pasient gjør basert på tilgjengelig informasjon vil imidlertid kunne variere.

7. Hvordan mener departementet at FBV vil påvirke prioriteringen internt mellom pasientgrupper innenfor samme diagnose område?

Svar:

De samme prinsippene og veilederne for prioritering som gjelder i spesialisthelsetjenesten for øvrig, skal også gjelde for de private leverandørene i fritt behandlingsvalg.

Aktiviteten i fritt behandlingsvalg skal komme i tillegg til, og ikke i stedet for annen aktivitet. Fritt behandlingsvalg er et virkemiddel for å redusere ventetider, ikke for å flytte køer fra offentlige sykehus til private institusjoner. Staten vil derfor avlaste de offentlige sykehusene for den økonomiske risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg. 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. For somatikk vil også aktiviteten i ordningen utløse ISF-refusjon til RHF.

8. Hvordan mener departementet at den foreslåtte ordningen med FBV vil påvirke rekruttering av kompetanse og plassering av fremtidige tjenester?

Svar:

Fritt behandlingsvalg er en bred reform med tre elementer som forsterker hverandre. For det første får pasienter med rett til helsehjelp mulighet til selv å velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. For det andre skal helseregionene kjøpe mer gjennom anbud. For det tredje får de offentlige sykehusene større frihet til å behandle flere pasienter. Reformen vil øke tilgjengeligheten av helsetjenester for befolkningen, og bidra til å øke rekruttering av kompetanse til både offentlige sykehus og private institusjoner.

Selv om private trolig vil etablere seg der folk bor tettest, skal fritt behandlingsvalgleverandører være tilgjengelig for alle pasienter i hele landet. Som for fritt sykehusvalg vil det variere hvor langt en pasient som bruker fritt behandlingsvalg må reise for å kunne benytte et slikt tilbud. Uavhengig av fritt behandlingsvalg er det uansett slik at ikke alle kan ha samme reiseavstand til et hvert helsetilbud. Også i den offentlige helsetjenesten gjør behovet for spesialisering og rasjonell bruk av ressurser at ulike tjenester er lokalisert til forskjellige offentlige sykehus i en region. Pasienten blir henvist til det sykehuset innenfor helseregionen som kan gi den nødvendige behandlingen

9. Regjeringen har foreslått å fjerne «aktivitetstaket» i sykehusene som et ledd i reformen FBV. I hvor stor grad har dette taket hatt reell betydning for sykehusenes aktivitet de siste årene?

Svar:

I departementets styringsdialog med de regionale helseforetakene de siste årene er aktivitetsstyringen blitt vektlagt i oppfølgingen. Selv om antall produserte DRG-poeng de senere årene har vært noe høyere enn de årlige budsjettforutsetningene, er det departementets vurdering at systemet med aktivitetsstyring i tråd med intensjonen har virket begrensende på aktivitetsveksten.

10. Hvordan vil fjerning av aktivitetstaket påvirke økt pasientbehandling, når regjeringen har pålagt sykehusene å prioritere pasientgrupper som ikke er omfattet av ISF?

Svar:

Aktivitet i fritt behandlingsvalg vil finansieres over RHF sine rammer. Dette vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre. Dette gjelder både aktivitet som er omfattet av ISF og aktivitet som kun er finansiert gjennom basisbevilgningen. Samtidig skal utgiftene til fritt behandlingsvalg 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. Dette er viktig for pasientgrupper som finansieres over basisbevilgningen, dvs. innen psykisk helsevern og TSB.

11. Hvordan er det foreløpige bevilgningsnivået på anslagsvis 150 mill. kroner til FBV i 2015, beregnet?

Svar:

Departementet viser til omtale i Prop. 1 S (2014-2015). Anslått nivå på kjøp av rusbehandling i 2014 er om lag 1,5 mrd. kroner. For 2015 legges det til grunn at fritt behandlingsvalg innenfor rus gir en aktivitetsvekst på 10 pst. Gitt at ordningen iverksettes 1. juli 2015, tilsvarer en halvårseffekt 75 mill. kroner. Det er videre lagt til grunn en halvårseffekt på 25 mill. kroner innenfor psykisk helsevern. Innenfor somatikk er det anslått en halvårseffekt på 50 mill. kroner. Det er knyttet usikkerhet til anslagene og departementet vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere vurdering av beløpene i revidert budsjett i lys av utredningsarbeidet og eksakt tidspunkt for iverksetting.

12. Dersom bevilgningen til FBV i stedet blir brukt til å utvide den ordinære ordningen med kjøp av behandling hos private eller ideelle aktører, hvordan vil dette påvirke tilbudet i helseregionene?

Svar:

Dersom Stortinget, uten spesifikke føringer, bevilger et beløp til å øke kjøpene av helsetjenester gjennom anskaffelser, er det de regionale helseforetakene som i tråd med sitt sørge for ansvar vil bestemme innretningen av disse anskaffelsene. En slik ordning vil ikke løse utfordringen i at det fortsatt vil være begrensninger på hvor mange pasienter som kan behandles.

13. Hvordan mener departementet at forslaget om FBV vil påvirke markedet for private helseforsikringer?

Svar:

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

Det vil ikke være mulig å forutse om ordningen vil ha betydning for antallet som har helseforsikringer, fordi forsikringsmarkedet trolig vil tilpasse sine produkter slik at helseforsikringer i større grad vil omfatte helsetjenester som ikke omfattes av fritt behandlingsvalg og er prioriterte av det offentlige. Det som er viktig er at pasientene ikke opplever at helseforsikring er avgjørende for å få rask og god hjelp når en har behov for prioriterte offentlig finansierte helsetjenester.

14. Hvilke konkrete innspill og råd har Helsedirektoratet gitt til departementet om hensiktsmessigheten av «fritt behandlingsvalg» utover det som kom frem i Helsedirektoratets høringsvar?

Svar:

Høringsnotat om fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten ble sendt på offentlig høring 16.06.2014. Helsedirektoratet har avgitt høringsuttalelse. Høringsuttalelsen fra Helsedirektoratet er tilgjengelig på nettsiden til Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsuttalelsen har inngått i arbeidet med lovforslaget. Helsedirektoratet vil tilsvarende være

høringsinstans når høringsnotat om forskrift om fritt behandlingsvalg sendes på offentlig høring.

Helsedirektoratet bistår departementet i den videre utredningen av ordningen med fritt behandlingsvalg. I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2015 står det:

”Helsedirektoratet skal bistå departementet i utredningen av ordningen med fritt behandlingsvalg. Direktoratet skal i dialog med departementet etablere nødvendige systemer og forvaltningsapparat knyttet til fritt behandlingsvalg.”

15. Hvilken kost og nytte ser departementet ved å endre navnet på «fritt Sykehusvalg» til «fritt behandlingsvalg»?

Svar:

Departementet viser til omtalen i proposisjonen under pkt. 8.7 på side 53. Dagens bestemmelse er noe misvisende i den forstand at den kun viser til sykehus, selv om valgetten omfatter flere virksomhetstyper enn sykehus. Departementet er av den oppfatning at fritt behandlingsvalg er en bedre egnet overskrift, som vil gi bedre informasjon til pasienter, helsepersonell og pårørende.

16. Hvordan vil fritt behandlingsvalg med økt antall private tilbydere sikre utdanningskapasitet av leger og legespesialister, og praksisplasser for annet helsepersonell?

Svar:

Det store volumet av pasientbehandling vil framover fortsatt finne sted i de offentlige sykehusene og utdanning av helsepersonell vil i hovedsak måtte finne sted der. Samtidig vil økt bruk av private gjennom økt bruk av anbud, fritt behandlingsvalg og avtalespesialistordningen, gjøre det aktuelt med større involvering av private i utdanningsvirksomhet.

De regionale helseforetakene stiller i dag krav i sine rammeavtaler med private om at leverandørene har ansvar for å bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell. Selv om omfanget av slike bidrag er

begrenset i dag, legger departementet til grunn at RHF i takt med økt bruk av anbud vil vurdere å involvere private i utdanningsvirksomheten i større grad enn i dag. Det er også aktuelt å involvere avtalespesialistene i utdanningsvirksomheten. Et pilotprosjekt der leger kan ha deler av sin spesialisering hos avtalespesialister er under oppstart. Det kan også være aktuelt å stille som krav til leverandørene som søker om godkjenning at virksomheten skal stille seg til disposisjon for utdanning av helsepersonell ved behov. Departementet vil komme tilbake til dette i forskriftsarbeidet.

17. Kan de regionale foretakene bestemme at på noen områder så vil de ikke delegere til private å gi pasientrettigheter, og selv ivareta vurderingskompetansen? Eksempelvis: Kan et helseforetak nekte å delegere vurderingskompetanse til private av prioriteringsmessige årsaker, selv om private tilbydere har slik kompetanse?

Svar:

Ja, det er opp til de regionale helseforetakene å vurdere hvilke private virksomheter som skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis. Det vises til omtale i de spesielle merknader til § 2-1 b åttende ledd på side 77 i proposisjonen.

18. Er det vurdert om fritt behandlingsvalg, med økt konkurranse om planlagte behandlinger, vil virke sentraliserende på sykehusstilbudet og bidra til å svekke beredskapen i landet - siden private tilbydere i stor grad etablerer seg i sentrale strøk?

Svar:

Fritt behandlingsvalg vil ikke omfatte øyeblikkelig hjelp, og endrer ikke RHFenes ansvar for å sikre tilstrekkelig akuttberedskap. Det vises for øvrig til svar på spørsmål 8.

VEDLEGG 2**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 11. mars 2015****Prop 56. L (2014-2015) - Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) - ytterligere spørsmål**

Jeg viser til brev av 27. februar 2015 fra Helse- og omsorgskomiteen til helse- og omsorgsministeren.

1. Hvilke vurderinger gjør departementet rundt helseforetakenes bekymring for at private aktører ikke vil ha samme krav til utdanningsoppgaver som det offentlige?

Svar:

Det vises til mitt svar på spørsmål 16 i brev av 20. februar 2015 fra Helse- og omsorgskomiteen.

2. I høringen kom det fram at flere instanser mener rus og psykiatri er dårlig egnet for fritt behandlingsvalg, fordi det ofte er snakk om kompliserte, uavklarte situasjoner. Hvordan vil departementet møte disse bekymringene?

Svar:

Fritt behandlingsvalg handler om å utvide pasientenes valgmuligheter. Mennesker som rammes av psykiske helseutfordringer og rusavhengighet har

like stor rett på å få velge behandlingsform og behandlingssted som somatiske pasienter. Regjeringen mener at det er disse pasientgruppene som har størst behov for raskt å få styrket sine rettigheter. Det er på tide at de med rusproblemer og psykiske lidelser prioriteres først i den norske helsetjenesten. Nå sørger vi for at mennesker som trenger rusbehandling får det når de er motivert for å gjøre noe med eget misbruk.

Tall fra Norsk pasientregister viser at om lag 14 prosent av de som venter på somatisk spesialisthelsetjeneste har en avklart tilstand og venter på behandling. Tilsvarende tall innen psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er om lag 46 prosent, 43 prosent og 73 prosent.

Jeg vil i tillegg peke på at private allerede i dag står for om lag halvparten av antall døgnplasser innen TSB. Enkelte private spiller også en viktig rolle innen psykisk helsevern. Forslaget om å begynne med psykisk helsevern og TSB bygger således videre på de regionale helseforetakenes utstrakte bruk av private og en tverrpolitisk enighet gjennom flere stortingsperioder om å bruke private innen disse fagområdene.

