



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 5 L

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
og spesialisthelsetjenesteloven (avvikling av
godkjenningsordningen i fritt
behandlingsvalg)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold..	5	5.3	Departementets vurderinger og forslag	24
2	Høringen	7			
3	Bakgrunn	13	6	Avviklingstidpunkt og overgangsordning	28
3.1	Historikk	13	6.1	Høringsforslaget	28
3.2	Generelt om godkjenning- ordningen	13	6.2	Høringsinstansenes syn	28
3.3	Kort om evalueringen av fritt behandlingsvalg	15	6.3	Departementets vurderinger og forslag	30
4	Gjeldende rett	16	7	Forholdet til Grunnloven § 97..	34
4.1	Pasient- og brukerrettighetsloven	16	8	Økonomiske og administrative konsekvenser	37
4.1.1	Rett til nødvendig helsehjelp	16	9	Merknader til de enkelte bestemmelsene	39
4.1.2	Rett til fritt behandlingsvalg	17		Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialist- helsetjenesteloven (avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)	41
4.2	Spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 ..	18			
4.3	Forskrift om private virksomheters spesialist- helsetjenester	19			
5	Avvikling av godkjenning- ordningen	20			
5.1	Høringsforslaget	20			
5.2	Høringsinstansenes syn	20			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 5 L

(2022–2023)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. oktober 2022,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

I dag omfatter fritt behandlingsvalg offentlige virksomheter, private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak og private virksomheter som kan levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen regelverksendringer for å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Det foreslås som følge av dette, endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-4 og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 4-3.

Målet med å innføre godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet for

noen pasienter, men godkjenningsordningen har i liten grad bidratt til å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten eller stimulert de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Dette fremkommer i evalueringen av fritt behandlingsvalg (Kaarbøe, Lindén, Ervik, Holmås, Iversen, Hagen m.fl. Evaluering av fritt behandlingsvalg (2021)), se omtale under punkt 3.3.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen på statens vegne og finansierer tjenestene som tilbys av de godkjente virksomhetene i fritt behandlingsvalg. De regionale helseforetakene har midlertid liten mulighet til å påvirke innholdet og kvaliteten på spesialisthelsetjenestene som tilbys av disse leverandørene. Godkjenningsordningen har videre redusert forutsigbarheten for den offentlige spesialisthelsetjenesten ved at de godkjente leverandørene

ikke har volumbegrensninger. utfordringene forsterkes i tillegg ved at det er uforutsigbarhet knyttet til behandlingsslengde. Dette kan svekke de regionale helseforetakenes evne til å utøve god planlegging og styring av ressursbruken. For noen helseforetak utgjør godkjenningsordningen en stor utfordring med klare økonomiske konsekvenser.

De foreslåtte lovendringene innebærer at private leverandører ikke lenger kan få godkjenning for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Videre innebærer endringene at godkjenningen til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten bortfaller, selv om godkjenningsperioden ikke har utløpt. Endringene innebærer også at pasientenes valgmuligheter reduseres noe. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil imidlertid fremdeles kunne velge mellom offentlige virksomheter og private virksomheter som har avtale med regionale helseforetak.

Avviklingen av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg innebærer at midlene de regionale helseforetakene i dag bruker på pasientbe-

handling i denne ordningen, i stedet kan brukes på pasientbehandling i egenregi eller ved kjøp fra private aktører gjennom anbud. Departementet understreker at avviklingen ikke innebærer en omprioritering av innsats mellom tjenestoområder, herunder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering.

Departementet foreslår i tillegg at rett til fritt behandlingsvalg i stedet kalles rett til valg av behandlingssted. Dette for å synliggjøre at pasientens rett til å velge knytter seg til hvor behandlingen skal skje, ikke hvilken behandling pasienten skal tilbys.

Departementet tar sikte på at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg oppheves fra 1. januar 2023. Det foreslås en overgangsordning for behandlingsforløp som er påbegynt, men ikke fullført, innen ikrafttreddelsen av lovendringene. I disse tilfellene legges det opp til at behandlingen kan ytes mot betaling fra staten inntil behandlingen er avsluttet, men ikke utover tolv måneder.

2 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg) på høring 1. april 2022 med høringsfrist 1. juli 2022.

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Bioteknologirådet

Datatilsynet

De fylkeskommunale eldrerådene

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)

Den rettsmedisinske kommisjon

Digitaliseringsdirektoratet

Direktoratet for e-helse

Folkehelseinstituttet

Forbrukertilsynet

Forbrukerrådet

Fylkesrådet for funksjonshemmede

Helsedirektoratet

Helse- og sosialombudet i Oslo

Helsepersonellnemnda

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)

Institutt for helse og samfunn (HELSAM)

Kreftregisteret

Landets statsforvaltere

Landets høgskoler med helsefaglig utdanning

Landets pasient- og brukerombud

Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Landets universiteter

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)

Norges forskningsråd

Norsk helsenett SF

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Personvernemnda

Regelrådet

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Regjeringsadvokaten

Riksrevisjonen

Råd for et aldersvennlig Norge

Sametinget

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo

Senter for omsorgsforskning

Sivilombudet

Statens helsetilsyn

Statens legemiddelverk

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Sysselmannen på Svalbard (Sysselimester på Svalbard)

Landets fylkeskommuner

Landets kommuner

Landets helseforetak

Landets regionale helseforetak

A-Medi

Actis

ACOS AS

ADHD Norge

Afasiforbundet i Norge

Akademikerne

A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling

Aleris Helse AS

Alliance Boots Norge AS

Alliance Healthcare Norge AS

Allmennlegeforeningen

Allos Stiftelsen

Amnesty International Norge

Anonyme alkoholikere

Apotek 1 Gruppen AS

Apotekforeningen

Apotekgruppen

Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund

Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer

Autismeforeningen i Norge

Barn av rusmisbrukere – BAR

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Barnas fysioterapisenter	Frivillighet Norge
Barnekreftforeningen	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
BarnsBeste	Først medisinske laboratorium AS
Bedriftsforbundet	Gatejuristen
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter	Helsepartner Rehabilitering avd. Alta
Bipolarforeningen	Helsetjenestens Lederforbund
	Helseutvalget
Blå Kors Norge	HIV-Norge
Borgestadklinikken	Hjernerådet
Buddhistforbundet	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
Capio Anoreksi Senter	Hørselshemmedes Landsforbund
CGM (Compugroup Medical Norway AS)	HLF Briskeby rehabilitering og utadrettede tjenester
Christiania Hjerteklinikk AS	IKT Norge
Clinique Bellevue	Infodoc
C-Medical Oslo	Informasjonssenteret Hieronimus
Colosseum Faust AS	Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)
Colosseumklinikken Medisinske Senter	Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi
Dedicare	Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål	Institutt for mentalisering
Delta	Institutt for psykoterapi
Den norske Advokatforening	Institutt for samfunnsforskning
Den norske Dømmerforening	IOGT Norge
Den Norske Jordmorforening	IRIS
Den norske legeforening	Ja, det nytter
Den norske tannlegeforening	Junior- og barneorganisasjonen JUBA
Diabetesforbundet	JURK
Diakonistiftelsen Røysum avd. Nordre Skogskoleveg	Juss-Buss
DIPS ASA	Jussformidlingen
DNT – edru livsstil	Jusshjelpa
Erfaringssentrum	Juvente
Europharma AS	Kastvollen Rehabiliteringssenter AS
Fagforbundet	Kirkens bymisjon
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Kliniske ernæringsfysiologiske forening
Familieklubbene i Norge	Kommunalbanken
Fana medisinske senter	Kommunal landspensjonskasse
Farma Holding	Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)
Fellesorganisasjonen (FO)	Kreftforeningen
Finans Norge	KS
Finmarkskollektivet	Landets private sykehus
Forbundet mot rusgift	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
Foreningen for blødere i Norge	Ivareta – Pårørende berørt av rus
Foreningen for hjertesyke barn	Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel
Foreningen for human narkotikapolitikk	Landsforeningen Alopecia Areata
Foreningen for Muskelsyke	Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE
Foreningen for kroniske smertepasienter	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)
Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)	Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Foreningen tryggere ruspolitikk	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Foreningen vi som har et barn for lite	
Forskerforbundet	
Forskningsstiftelsen FAFO	
Frambu	
Frelsesarmeen	
Friskstiftelsen	

Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/ Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Landsforeningen for slagrammede	Norges Juristforbund
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Norges kommunerevisorforbund
Landsforeningen we shall overcome	Norges kvinne- og familieforbund
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norges Parkinsonforbund
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Norges Tannteknikerforbund
Landslaget for rusfri oppvekst	Norlandia
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Normal Norge
Legeforeningens forskningsinstitutt	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Legemiddelgrossistforeningen	Norsk Biotekforum
Legemiddelindustrien	Norsk Cøliakiforening
Legemiddelparallellimportørforeningen	Norsk Epilepsiforbund
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Ergoterapeutforbund
LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvsikading og selvmord	Norsk Farmasøytisk Selskap
Likestillingssenteret	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
LISA-gruppene	Norsk Forbund for psykoterapi
MA – Rusfri Trafikk	Norsk Forbund for Svaksynte
Marborg	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Matmerk	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Mental Helse Norge	Norsk Forening for cystisk fibrose
Mental Helse Ungdom	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Mestringshusene Bolkesjø AS	Norsk forening for infeksjonsmedisin
MIRA-senteret	Norsk forening for kognitiv terapi
Modum Bad	Norsk Forening for nevrofibromatose
Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt	Norsk forening for palliativ medisin
Munn- og halskreftforeningen	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
MS – forbundet	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
NA – Anonyme Narkamone	Norsk forening for slagrammede
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Norsk Forening for Tuberøs Sklerose
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse	Norsk Forum for terapeutiske samfunn
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser	Norsk Fysioterapeutforbund
Nasjonal kompetansetjeneste for TSB	Norsk Gestaltterapeut forening
Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU	Norsk gynekologisk forening
Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS	Norsk Helsesekretærforbund
Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI	Norsk Immunsviktforening
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA	Norsk Intravenøs Forening
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	Norsk karakteranalytisk institutt
Nasjonalt senter for e-helseforskning	Norsk Kiropraktorforening
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	Norsk legemiddelhandbok
Norges Astma- og Allergiforbund	Norsk Logopedlag
Norges Blindeforbund	Norsk Manuellterapeutforening
Norges Døveforbund	Norsk Medisinaldepot AS
Norges Farmaceutiske Forening	Norsk OCD forening, ANANKE
Norges Fibromyalgi Forbund	Norsk Ortopedisk Forening
Norges Handikapforbund	Norsk Osteopatforbund
Norges kristelige legeforening	Norsk Osteoporoseforening
	Norsk Pasientforening
	Norsk Presseforbund
	Norsk Psoriasis Forbund
	Norsk Psykiatrisk Forening
	Norsk Psychoanalytisk Forening
	Norsk psykologforening

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Norsk Radiografforbund	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Revmatikerforbund	Senter for seniorpolitikk
Norsk selskap for ernæring	Sigma Nord
Norsk senter for stamcelleforskning	SINTEF Helse
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk sykepleierforbund	Skeiv ungdom
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Spekter
Norsk Tannpleierforening	Spillavhengighet Norge
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk Tourette Forening	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Norske Fotterapeuters Forbund	Statstjenestemannsforbundet
Norske Homeopaters Landsforbund	Stiftelsen Albatrossen ettervernssenter
Norske Kvinners Sanitetsforening	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norske Ortoptister forening	Stiftelsen Det er mitt valg
Norske Sykehusfarmasøytters Forening	Stiftelsen Fekjær – Fekjær psykiatriske senter
NUPI	Stiftelsen Fredheim
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Guts avd. Finnerud Gård
Oslo amatørbryggerlaug	Stiftelsen Golden Colombia
Omegastiftelsen	Stiftelsen Holt Behandlingssenter
Omsorgsjuss	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Parat Helse	Stiftelsen iOmsorg
Pensjonistforbundet	Stiftelsen Karmsund ABR Senter
Personskadeforbundet	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Praksiseierforeningen	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Preventio	Stiftelsen Organdonasjon
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	Stiftelsen Phoenix Haga
Prima Omsorg	Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre
Program for helseøkonomi i Bergen	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
proLAR	Stiftelsen Pårørendesenteret
Psykiatricalliansen BIL	Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle
Pårørendealliansen	Stoffskifteforbundet
Pårørendesenteret	Tekna
Recoveryakademiet AS	Teknologirådet
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) (Ambia)	Treningsklubben
Rettspolitisk forening	Trust Arktikugol
Ring Rehabiliteringssenter avd. Høyenhall	Turner Syndrom foreningen i Norge
ROM – Råd og muligheter	Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser	Ungdom mot narkotika – UMN
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)	Ung i Trafikk
Ryggforeningen i Norge	Uni Research AS (NORCE)
Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen	Unicare Omsorg AS
Røde Kors	Unio
Rådet for psykisk helse	Universitets- og høyskolerådet
Rådgivning om spiseforstyrrelser	Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Sagatun brukerstyrt senter	Utdanningsforbundet
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)	Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester
Selvhjelpstiftelsen	Valnesfjord Helseportssenter
Seniorsaken i Norge	Vangseter
Seniorstøtten	Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)	Vestlandske Blindeforbund

Vikersund Bad rehabiliteringssenter
Virke
Visma
Vitalis Helse Kragerø
Volvat Medisinske Senter AS
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge
WeCare Omsorg AS
Yngre legers forening
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Det kom inn 254 hørings svar, hvorav 15 av disse var uten merknader.

Det kom inn 98 hørings svar fra andre enn privatpersoner, hvorav 4 av disse var uten merknader. Følgende instanser har gitt høringsuttalelse med realitetsmerknader:

Helsedirektoratet
Pasient- og brukerombudet
Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Regelrådet
Statens helsetilsyn

Innlandet fylkeskommune
Trøndelag fylkeskommune
Bergen kommune
Bergen kommune, Byrådsavdeling for arbeid, Sosial og bolig
Bærum kommune
Drammen kommune
Elverum kommune
Fredrikstad kommune
Horten kommune
Hå kommune
Midt-Telemark kommune
Tysnes kommune
Vennesla kommune

Finnmarkssykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Kardiologisk seksjon, Ringerricke sykehus
Oslo universitetssykehus HF
St. Olavs hospital HF
St. Olavs hospital, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin
Sunnaas sykehus HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Telemarks HF
Sørlandet Sykehus HF, Klinikk for psykisk helse- rus og avhengighetsbehandling

Vestre Viken HF
Actis- Rusfeltets Samarbeidsorgan
ADHD Norge
A-Larm Bruker- og pårørendeorganisasjon for alle berørte av rus
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Autismeforeningen i Norge Vestfold lokallag
Barn av Rusmisbrukere
Bipolarforeningen Norge
Blodkreftforeningen
Blåkors Norge
Celebral Parese-foreningen
Colosseumklinikken Medisinske Senter AS
Den norske legeforening
Epilepsiforbundet
Fagforbundet
Fagforbundet Vestfold og Telemark
Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
FamiliePartiet Foreningen
Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Fylkeseldrerådet i Vestland fylkeskommune

HLF Rehabilitering AS
Hovedorganisasjonen Virke
Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)
Kastevollen Rehabiliteringssenter AS
Kreftforeningen
Kolbotn hjertesenter AS
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Mestringshusene AS
Mjøskirurgene AS
Modum Bad
Moloklinikken
Norsk Ergoterapeutforbund
Norsk Pasientforening
Norsk psykologforening
Norsk Revmatikerforbund
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Sykepleierforbund – Landsgruppen av helsesykepleiere
Norske Ortoptister forening
Næringslivets hovedorganisasjon (NHO)
NHO Geneo

Omegastiftelsen
Privathospitalet, Fana Medisinske Senter
Psoriasis- og eksemforbundet
Ringerike spesialistsenter
RIO
Rogaland A-senter AS

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Rådet for menneske med nedsatt funksjonsevne
Vestland
Samarbeidsforum – for fellesskapsbasert
rusbehandling
Samarbeidsrådet for Sunnhordaland
Spondyloatrittforbundet Norge – Spafo Norge
Sunnaas Stiftelsen
Stiftelsen Barnas Fyioterapisenter
Stiftelsen Fekjær
Stiftelsen Fossumkollektivet
Stiftelsen Karmsund ABR-Senter
Stiftelsen Valdresklinikken
Unge funksjonshemmede
Virke
Vitalis Helse Kragerø AS
WeCare Omsorg AS

Flertallet av høringsuttalelsene fra ulike organisasjoner, foreninger, underliggende etater, kommuner mv. uttrykker støtte til forslaget om avvikling. Det er imidlertid også en stor andel høringsinstanser som ikke støtter forslaget. Enkelte av høringsinstanser stiller seg nøytrale til spørsmålet om avvikling av godkjenningsordningen og enkelte uttrykker ikke klart hvorvidt de støtter eller ikke støtter forslaget.

156 privatpersoner har avgitt høringsvar, hvorav 11 var uten merknader. Ingen av privatpersonene som uttaler seg om spørsmålet om avvikling, støtter forslaget om å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Høringen er nærmere omtalt i punkt 5.2 og 6.2.

3 Bakgrunn

3.1 Historikk

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble innført av Solberg-regjeringen i 2015 gjennom endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 og ny § 4-3 i spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrift. Endringene trådte i kraft 1. november 2015. Endringen innebar at private leverandører kunne få godkjenning fra Helfo for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Før 1. november 2015 hadde pasienter rett til fritt sykehusvalg. Retten til fritt sykehusvalg omfattet offentlige sykehus, distriktpsykiatriske senter, private radiologiske institusjoner eller institusjoner som tilbydde tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon og private institusjoner som de regionale helseforetakene hadde inngått avtale med. Det var en forutsetning at institusjonen enten var eid av et regionalt helseforetak eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak.

Med godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble pasientens valgrett utvidet til også å omfatte private institusjoner som var godkjent for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Disse kom dermed i tillegg til offentlige institusjoner og private institusjoner som var eid av eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak.

Målet med å innføre fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Det ble ved innføringen av ordningen understreket at det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skulle fremdeles være gjennom anbud.

3.2 Generelt om godkjenningsordningen

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg innebærer at private virksomheter kan få godkjenning for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Etter gjeldende rett omfatter fritt behandlingsvalg:

1. offentlige virksomheter,

2. private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak og
3. *godkjente* private virksomheter som kan levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Det er Helfo som etter søknad godkjenner virksomhetene som omfattes av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg, jf. forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester § 4. Godkjenningen innebærer at virksomheten kan levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, jf. forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester § 2.

Ordningen omfatter bl.a. døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern (for voksne og barn og unge over 13 år), utvalgte somatiske tjenester, habilitering av barn med hjerneskade og utvalgte rehabiliteringstjenester.

Ordningen er både lov- og forskriftsregulert. I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd fremgår pasientens rett til å velge at helsehjelpen skal ytes av en privat leverandør med godkjenning, se punkt 4.1. I spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 fremgår det at godkjente private virksomheter kan yte helsehjelp til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, for en pris fastsatt i forskrift, se punkt 4.2. Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester regulerer bl.a. vilkårene for at virksomhetene kan få godkjenning i ordningen, godkjente virksomheters plikter, vilkårene for å trekke en godkjenning tilbake, hvilke tjenester virksomhetene kan yte og hvilken pris staten skal betale virksomhetene per tjeneste, se punkt 4.3.

Det er relativt få pasienter som velger å benytte seg av godkjente private aktører, tatt i betraktning at om lag 2 millioner pasienter er i kontakt med spesialisthelsetjenesten hvert år. Antallet pasienter som mottar helsehjelp hos en leverandør som er godkjent har likevel økt noe hvert år siden ordningen ble innført. I tabellen nedenfor fremgår antall pasienter som har mottatt behandling hos godkjente leverandører fra 2016 til utgangen av første tertial 2022.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Tabell 3.1 Antall pasienter som har mottatt behandling hos godkjente leverandører innen fritt behandlingsvalg i perioden fra 2016 til utgangen av første tertial 2022.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	1. tert 2022	Totalt
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	157	250	400	499	582	753	452	3 095
Psykisk helsevern	132	174	266	229	280	309	139	1 621
Somatikk	1 792	4 435	8 117	15 018	17 040	19 968	8 104	74 549
Habilitering og Rehabilitering	0	6	15	37	42	180	87	367
Totalt	2 081	4 865	8 798	15 783	17 944	21 210	8 782	79 632

Tabell 3.2 viser omfanget av utbetalte refusjoner fra Helfo til godkjente fritt behandlingsvalgleverandører i perioden 2016 til utgangen av første tertial 2022. Helfo krever refusjon fra de regionale helseforetakene.

Per 29. august 2022 var det om lag 96 godkjente virksomheter. Fordelingen av godkjente virksomheter mellom fagområdene og i hvilken helsere-

gion de er lokalisert fremgår av tabell 3.3. Enkelte leverandører er godkjente for å levere tjenester innen flere fagområder, slik at det i realiteten er 91 unike virksomheter/behandlingssteder. Videre kan enkelte leverandører formelt være godkjente, men likevel ikke være valgbare for pasientene på helsenorge.no. Det kan for eksempel skyldes at de ikke har alle nødvendige systemer på plass. Av

Tabell 3.2 Utbetalte refusjoner til leverandører som er godkjent for fritt behandlingsvalg (millioner kroner) i perioden fra 2016 til utgangen av første tertial 2022.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	1. tert 2022	Totalt
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	38,4	62,2	103,1	150,2	217,2	301,0	130,3	1 002,4
Psykisk helsevern	14,9	52,4	73,8	74,8	89,5	115,8	115,8	537
Somatikk	5,0	13,4	29,6	60,4	76,0	87,5	35	306,8
Habilitering og Rehabilitering	0,0	0,3	1,3	2,5	3,8	6,7	3,8	18,4
Totalt	58,3	128,2	207,9	287,9	386,5	514,9	206,3	1 790,7

Tabell 3.3 Oversikt over godkjente og valgbare virksomheter, fordelt på fagområde og helseregion per 29. august 2022.

	Godkjent				
	Totalt	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19	12	3	2	2
Psykisk helsevern	12	7	3	2	0
Somatikk	48	33	10	3	2
Habilitering og rehabilitering	17	10	1	4	2
Totalt	96	62	17	11	6

de 96 godkjente virksomhetene er 85 av dem valg-
bare for pasientene.

3.3 Kort om evalueringen av fritt behandlingsvalg

På oppdrag av Norges forskningsråd har forskere fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo (UIO) sammen med forskere fra NORCE Samfunn og Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF) ved UIO evaluert ordningen med fritt behandlingsvalg.

Evalueringen skulle belyse hvorvidt fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus. Evalueringen skulle i tillegg belyse effekter av endringene i pasient- og brukerrettighetene som trådte i kraft 1. november 2015. Evalueringen er basert på data og erfaringer fra de første årene av reformen, i hovedsak 2015-19.

Evalueringens hovedkonklusjoner:

- Fritt behandlingsvalg har i liten grad bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus. En forklaring er at bruken av fritt behandlingsvalg så langt har vært relativt begrenset og at helseforetakene i liten grad har opplevd at drift og behandlingstilbud påvirkes. Konklusjonen må modifiseres der hvor Helfo-godkjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner.
- Fritt behandlingsvalg har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, både når det gjelder valg av behandlingssted, men også gjennom at private aktører tilbyr alternative tilnærminger og behandlingsmetoder. Dette økte mangfoldet er spesielt relevant innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering.
- Valgfriheten som følger med fritt behandlingsvalg, oppleves som svært viktig for noen pasienter. Andre pasienter ønsker seg denne valgfriheten, men har ikke hatt kjennskap til retten til fritt behandlingsvalg. Henvisere informerer

ikke konsekvent pasienter om denne retten, og noen motarbeider pasientens ønsker. Valgfriheten er derfor mer tilgjengelig for pasienter med kapasitet til å manøvrere seg gjennom systemet. Dette støttes av at personer med høy sosioøkonomisk status i større grad velger seg til Helfo-godkjente institusjoner.

- Helfos forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av at det i hovedsak er aktører utenfor avtalesystemet som har søkt om å bli Helfo-godkjent.
- De fleste pasientene får sin henvisning vurdert innen fristen og for de fleste pasientene starter pasientforløpet innen frist for oppstart av utredning eller behandling. For de fleste pasientene gis fristene til en reell start på pasientforløpet.
- Personer med lavere sosioøkonomisk status er overrepresentert blant dem som opplever fristbrudd.

I evalueringsrapporten pekes det også på at både mulighet for kostnadskontroll og styring av ressursbruk reduseres vesentlig av fritt behandlingsvalgreformen og godkjenningsordningen spesielt. Hvor utfordrende dette er i praksis varierer etter geografi og nærværet av Helfo-godkjente institusjoner. Det fremgår av rapporten at en viktig forklaring for hvorfor kostnadskontrollen med godkjenningsordningen oppleves som vanskeligere enn anbudsavtaler, er at kun sistnevnte har volumbegrensninger. Helseforetakene vil derfor ikke kjenne omfanget på forhånd som i en anbudsavtale. Utfordringen forsterkes av at flere av helseforetakene rapporterer om uforutsigbar behandlingsslengde i de godkjente institusjonene.

De helseforetakene som opplever at godkjenningsordningen medfører betydelige kostnader, har ofte en geografisk nærhet til Helfo-godkjente institusjoner. For noen helseforetakene i en slik situasjon utgjør godkjenningsordningen en stor utfordring med klare økonomiske konsekvenser. Dette innebærer at reformen må sies å ha ulik betydning i ulike deler av landet, og at det også kan være store forskjeller innad i et regionalt helseforetak.

4 Gjeldende rett

4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

4.1.1 Rett til nødvendig helsehjelp

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet «nødvendig helsehjelp» tilsier at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering.

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

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

Det ligger i kravet til «nødvendig helsehjelp» at det også må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning eller behandling og den forbedringen av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen kan forventes å gi. Det innebærer at det skal foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det skal videre være et rimelig forhold mellom kostnadene og den forbedring av pasientens helsetilstand behandlingen forventes å gi. Det ligger med andre ord innebygd en kost/nyttevurdering i vurderingen av hva som er å anse som «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Dette kravet er nærmere spesifisert i forskrift 12. januar 2000 nr. 1208 om prioritering av

helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

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

Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal settes i løpet av vurderingsperioden på 10 virkedager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Den juridiske fristen skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det innebærer at alle pasienter skal få en konkret juridisk frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Helsehjelpen kan i denne sammenheng være utredning eller behandling. Hvorvidt man har krav på frist til utredning eller behandling avhenger av om pasientens tilstand er avklart eller uavklart.

Fristen skal settes på grunnlag av en konkret helsefaglig vurdering av den enkelte pasient. Pasienten har rettskrav på at det fastsettes en frist, og spesialisthelsetjenesten har en korresponderende plikt til å fastsette fristen. Fristen kan ikke settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten gis nødvendig helsehjelp.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd at tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten må endre tidspunktet som er formidlet til pasienten, skal det umiddelbart gis et nytt tidspunkt til pasienten. Nytt tidspunkt må settes før fristen for når helsehjelp senest skal gis, går ut. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke er i stand til å finne et tidspunkt innen fristen, skal Helfo umiddelbart kontaktes.

4.1.2 Rett til fritt behandlingsvalg

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til fritt behandlingsvalg. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted. Retten til å velge gjelder alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og gjelder i utgangspunktet hele landet. Retten skiller ikke på institusjonstype, og i utgangspunktet gjelder rettigheten alle typer virksomheter. Et grunnleggende vilkår for valgretten er at virksomheten som velges kan gi pasienten det tilbudet som pasienten har behov for.

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

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

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

Rett til å velge hvor henvisningen sendes

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd at pasienter har rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal sendes til og vurderes ved. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter. Det vil si at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist dersom en helsefag-

lig vurdering tilsier at pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste og vilkårene for dette er oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd.

Dersom virksomheten pasienten ønsker å få behandling hos, ikke har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan ikke henvisningen sendes dit. Det er altså et krav om at virksomheten kan vurdere henvisningen og gi pasienten rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og individuell frist for når helsehjelpen skal gis.

Alle offentlige virksomheter har i utgangspunktet adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For private virksomheter må adgangen til å tildele pasient- og brukerrettigheter være delegert enten fra et regionalt helseforetak, eller virksomheten må være gitt slik kompetanse i forskrift, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b syvende og åttende ledd. Dette innebærer at dersom en privat virksomhet som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester, ikke har adgang til å tildele pasient- og brukerrettigheter, kan pasienten først velge en slik virksomhet etter at pasienten er rettighetsvurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd.

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

Rett til å velge hvor helsehjelpen skal ytes

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Retten gjelder alle offentlige virksomheter, og private virksomheter som enten har avtale med et regionalt helsefore-

tak eller er godkjent etter forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten.

Når pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten velge å motta helsehjelpen ved private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller er godkjent etter forskrift gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Det er dermed ikke et vilkår at virksomhet som skal yte helsehjelpen har adgang til å tildele pasient- og brukerrettigheter, slik tilfellet er ved valg av virksomhet som skal vurdere henvisningen. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og har fått tildelt en individuell juridisk frist, har pasienten dermed rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet.

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 tredje ledd at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Det er virksomheten som vurderer henvisningen som avgjør hvilket behandlingsnivå pasienten har behov for, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fjerde ledd at retten etter første og andre ledd ikke gjelder for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Tilsvarende gjelder for pasienter med rusmiddelavhengighet som tilbakeholdes i 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 tilbakeholdelsen. Retten etter første og andre ledd gjelder heller 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.

Etter femte ledd er departementet gitt adgang til å gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgretten etter bestemmelsen. Denne forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

4.2 Spesialisthelsetjenesteloven § 4-3

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 kan godkjente private virksomheter yte helsehjelp til pasi-

enter som har rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste for en pris fastsatt i forskrift. For at virksomheten skal kunne levere tjenester til pasienter mot betaling fra staten, er det dermed et krav om at staten har prissatt den tjenesten som pasienten har behov for.

Det fremgår videre at det er et vilkår at virksomheten er godkjent av Helsedirektoratet, eller det organ Helsedirektoratet utpeker, etter vilkår fastsatt med hjemmel i forskrift. Helsedirektoratet har delegert kompetansen til Helfo, og det er Helfo som vurderer, og eventuelt godkjenner, virksomheter etter søknad, jf. forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester.

Prisen for tjenestene fastsettes av staten. Det er Helsedirektoratet som fastsetter og kunngjør prisene for tjenestene. Prisene gjelder for alle godkjente private virksomheter. Dette innebærer at virksomhetene i ordningen ikke kan forhandle på prisen verken før eller etter behandling, for eksempel som følge av komplikasjoner i behandlingen. Videre er det ikke adgang til å yte helsehjelp til pasienter for tjenester som ikke er omfattet av ordningen, for deretter å kreve betaling av det offentlige. Dersom helsehjelp ytes for tjenester som ikke er omfattet av ordningen, skal pasienten i forkant av behandlingen eksplisitt opplyses om at det offentlige ikke dekker kostnadene. Det er virksomheten som yter helsehjelp til pasienten som er ansvarlig for å informere pasienten om helsehjelpen dekkes av det offentlige eller ikke.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 andre ledd at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om vilkår for godkjenning og bortfall av godkjenningen. Videre kan departementet gi nærmere bestemmelser om forvaltning av ordningen, herunder prising av tjenester og innfasing og utfasing av tjenester.

Departementet har således adgang til å fase inn og ut tjenester av ordningen. Etter at godkjenningsordningen trådte i kraft i 2015 har det blitt faset inn flere somatiske tjenester og enkelte rehabiliterings- og habiliteringstjenester i ordningen. Helsedirektoratet har utredet og gitt råd til departementet om inn- og utfasing av tjenester. Direktoratet har basert sine vurderinger blant annet på innspill fra hovedorganisasjonene om hvilke tjenester private institusjoner ønsker å tilby. Videre har innspill fra de regionale helseforetakene vært viktige for å vurdere konsekvenser for den offentlige spesialisthelsetjenesten ved innfasing av konkrete tjenester. Helsedirektoratet har i tillegg gjort egne vurderinger av om også andre tjenester

enn de som hovedorganisasjonene har pekt på, bør fases inn i ordningen.

Nærmere bestemmelser om blant annet vilkår for godkjenning, bortfall av godkjenningen og priser er gitt i forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester, se nærmere omtale under punkt 4.3.

4.3 Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester

Forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester § 2 oppstiller krav om godkjenning fra Helfo før en privat virksomhet kan tilby og yte helsehjelp etter forskriften mot betaling fra staten.

Forskriften gir nærmere bestemmelser om vilkårene som må være oppfylt for at private virksomheter får rett til å yte helsehjelp mot betaling fra staten, jf. § 3. I nevnte bestemmelse stilles det enkelte krav til hva en søknad skal inneholde, blant annet må virksomheten opplyse om hvilke av spesialisthelsetjenestene etter § 11 det søkes om godkjenning for, og hvorvidt virksomheten er under tilsyn eller lignende for ikke å ha fulgt krav etter helselovgivningen, jf. § 3 første ledd bokstav a og b. Videre må virksomheten forplikte seg til blant annet å rapportere relevant data, delta i relevant samarbeid og å følge gjeldende prosedyrer og regler, jf. § 3 andre ledd. Virksomheten skal også dokumentere at den har etablert et internkontrollsystem, og virksomheten skal fremlegge dokumentasjon av bemanningen og kompetansen den planlegger med for å levere den spesialisthelsetjenesten som det søkes godkjenning for, jf. § 3 tredje ledd. Etter fjerde ledd plikter virksomheten

å fremlegge skatteattest for merverdiavgift og skatteattest for skatt.

Dersom virksomheten oppfylder vilkårene i § 3, har virksomheten rett til godkjenning, jf. § 4 første ledd. Dersom virksomheten er under tilsyn eller liknende eller dersom virksomheten har restanser tilknyttet skatteinnbetaling og merverdiavgift, kan Helfo avgjøre at godkjenning ikke skal gis, jf. § 4 andre ledd.

Godkjenningen gjelder for fem år, og det kan søkes om at godkjenningen forlenges med fem år av gangen, jf. § 5 første og andre ledd. Etter bestemmelsens tredje ledd kan departementet beslutte at godkjenninger knyttet til å levere tjenester som blir faset ut av ordningen skal opphøre fra et tidligere tidspunkt enn etter fem år dersom dette er nødvendig av vektige grunner, herunder hensynet til konsekvenser for samlet kapasitet i helsetjenesten, geografisk fordeling av helsetjenester og tilgang til helsepersonell.

Forskriften regulerer også godkjente virksomheters plikter, jf. §§ 6 og 7, samt bestemmelser om Helfos kontroll og oppfølging av godkjente virksomheter, jf. §§ 8 og 9.

Forskriften regulerer også vilkårene for å kunne trekke en godkjenning tilbake, jf. forskriften § 10.

Videre fastsetter forskriften hvilke spesialisthelsetjenester godkjente virksomheter kan yte mot betaling fra staten, jf. § 11.

Virksomhetens økonomiske ansvar ved fristbrudd er regulert i § 12.

§ 13 fastsetter at avgjørelser etter forskriften kan påklages til Helsedirektoratet.

5 Avvikling av godkjenningsordningen

5.1 Høringsforslaget

I høringsnotatet foreslo departementet regelverksendringer for å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.

Departementet foreslo for det første å oppheve spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 med virkning fra 1. januar 2023. Bestemmelsen fastsetter at godkjente private virksomheter kan yte helsehjelp til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre gir bestemmelsen hjemmel til å forskriftsfeste nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling og bortfall av godkjenning av virksomheter som kan yte helsehjelp og om forvaltning av ordningen, herunder pricing av tjenester og innfasing og utfasing av tjenester.

Videre foreslo departementet å fjerne alternativet «privat virksomhet som er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3» i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd. I tillegg ble det foreslått at overskriften til bestemmelsen endres fra «rett til fritt behandlingsvalg» til «rett til valg av behandlingssted».

Departementet foreslo også en teknisk endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd om rett til dekning av utgifter til pasientreiser.

Det ble videre foreslått en overgangsordning for pasienter som er i et behandlingsforløp og en hjemmel for departementet til å fastsette nærmere overgangsbestemmelser, se nærmere omtale under punkt 6.

5.2 Høringsinstansenes syn

Et flertall av høringsuttalelsene fra ulike organisasjoner, foreninger, underliggende etater, kommuner mv. uttrykker støtte til forslaget om avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. De viser i den forbindelse til evalueringen av fritt behandlingsvalg og departementets vurderinger og redegjørelser i høringsnotatet. Flere av disse fremhever særlig sosioøkonomiske hensyn, skjev

geografisk fordeling av tilbudene og «rekrutteringsstørke» som begrunnelse for at de støtter en avvikling av godkjenningsordningen. Enkelte mener også at ordningen ikke har medført kortere ventelister.

Flere høringsinstanser, blant annet *Fagforbundet Vestfold og Telemark*, *Helse Bergen HF* og *St. Olavs hospital HF*, fremhever at det er liten eller ingen innsyn i tilbudet, manglende kontroll av kvaliteten og kostnadskontroll til virksomheter som er godkjent av Helfo.

Kastvollens Rehabiliteringssenter AS uttaler følgende:

Kastvollens erfaring er at det er stor kvalitativ forskjell mellom RHFenes anbudsprosesser – med strenge og konkrete krav til kompetanse og innhold i tjenestene, og Helfos godkjenningssprosess – der kravene til kompetanse og innhold i tjenestene fremstår langt mindre konkrete. At Helfo-godkjente institusjoner nå har hatt mulighet til å promotere spesialiserte rehabiliteringstjenester til diagnosegrupper man potensielt har liten eller ingen erfaring med, mener vi fører til utarming av rehabiliteringsfaget, og til en betydelig uønsket variasjon i tjenestetilbudet til brukerne. Flere undersøkelser har dessuten vist at det allerede er kamp om kompetente fagfolk, både i helseforetakene og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Når kompetansen gjennom FBV-ordningen blir «smurt tynt utover» mange flere institusjoner enn tidligere, bidrar dette ikke til at helsetjenestene er like gode og tilgjengelige for alle, jfr. Sykehustalen 2022. Vi har derfor hatt en oppriktig bekymring for kvaliteten i tjenestene, og dermed også for pasientsikkerheten.

En del høringsinstanser, blant annet *Blå Kors*, *St. Olavs Hospital* og *Oslo Universitetssykehus HF* mener videre at kunnskapsnivået ved enkelte institusjoner er lavt, slik at pasientens behov for tilfredsstillende faglige oppfølging, også før- og etter behandling, ikke imøtekommes i alle tilfeller.

Blå Kors uttaler følgende:

Blå Kors mener prinsipielt at FBV-ordningen representerer et system der det settes ulike krav til godkjenning/bemanning/kvalitet mm. sammenliknet med offentlige og private institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene. Dette er uheldig og medfører at FBV-institusjonene ikke er sidestilt de private med avtale eller offentlige institusjoner, på tross av at pasientene har fått de samme pasientrettighetene.

Helse Sør-Øst støtter forslaget om å avvikle godkjenningsordningen og uttaler følgende:

Helse Sør-Øst RHF viser til tidligere brev 19. september 2019 til Helse- og omsorgsdepartementet hvor det er pekt på at FBV-ordningen kan være egnet til å skape klarhet omkring sørge-for-ansvaret. Helse Sør-Øst RHF gir i brevet uttrykk for at kjøpsavtaler basert på anbudskonkurranser gir et bedre utgangspunkt for oppfølging av leverandører enn hva som er tilfelle for HELFO mot leverandører innen godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.

I anbudskonkurransene stiller Helse Sør-Øst RHF krav til kompetanse og kvalitet i pasientbehandlingen. Etterlevelse av kravene følges opp gjennom rapportering, løpende dialog og i oppfølgingsmøter mellom avtalepartene og Helse Sør-Øst RHF. Krav til og oppfølging av kvalitet og kompetanse er et forutsetning for at helsetjenestene skal være mest mulig likeverdige, uavhengig av hvor tjenestene utføres.

Flere helseforetak, blant annet *Helse Bergen HF* og *Sykehuset i Vestfold HF* uttaler at godkjenningsordningen virker inn på deres styring, planlegging og kontroll. *Helse Bergen HF (HUS)* uttaler:

HUS har plikt til å dekke utgiftene til pasienter i vårt opptaksområde som vel å få behandling hos Helfo-godkjente institusjoner. Samstundes har vi ikkje muligheter for å styre volum, kvalitet eller lengde på tenestene ved dei private leverandørane. Dette gjer det utfordrande for HUS å planlegge for riktig bemanning og kapasitet.

Sykehuset i Vestfold HF peker også på utfordringene knyttet til manglende forutsigbarhet og kontroll med tilbudet. De skriver:

Det synes ikke som om HELFO har lyktes i å kvalitetssikre aktørene på markedet eller hen-

siktsmessig volum. Det har også bidratt til å svekke forutsigbarhet og dimensjonering ved at det lages avtaler både i regi av RHF og HELFO. De regionale helseforetakene har lang erfaring med både vurdering av private (ideelle) aktører i fagfeltet og dimensjonering av tjenestene. Det vurderes riktig og hensiktsmessig at dette ansvaret ligger til RHFene, slik at den samlede kapasiteten er forutsigbar og benyttes til det beste for pasientene.

En del høringsinstanser mener at en avvikling av godkjenningsordningen vil medføre et mer helhetlig behandlingsforløp. *Nasjonal kompetansetjeneste TSB* mener det er en utfordring at FBV virksomhetene i begrenset del bidrar til helhetlige pasientforløp og en samlet fagutvikling innenfor helsefagområdet TSB. *Sykehuset i Telemark HF* uttaler:

STHF mener forslaget om avvikling av FBV-ordningen er godt begrunnet og vil legge til rette for et godt og mer likeverdig tilbud til pasientene i vårt opptaksområde. Ved å benytte de allerede eksisterende samhandlingsstrukturene med kommunene, mener vi at det også ligger til rette for at pasientene i større grad vil oppleve gode og helhetlig behandlingsforløp når tilbudet er styrt av det offentlige helsevesen. Vi støtter derfor forslaget slik det foreligger.

Helse Bergen HF peker videre på at samarbeidet med godkjente virksomheter kan være ressurskrevende og at det er varierende i hvilken grad leverandørene vektlegger samarbeidet med det offentlige.

Flere av høringsinstansene peker på at en avvikling av ordningen vil føre til mindre valgfrihet for pasientene, mindre forutsigbarhet for private aktører og for kapasitet og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. *Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)* uttaler blant annet:

Evalueringsrapporten har mange forslag til forbedringer, der det m.a. ble slått fast at muligheten til å kunne velge behandlingssted ut ifra egne behov, og blant et differensiert til-

bud, er viktig å ivareta i fremtidige reformer. Evalueringen ga for øvrig ikke noen anbefalinger om å avvikle ordningen.

Norsk psykologforening mener at det er risiko ved avviklingen av godkjenningsordningen at det medfører en uthuling av pasientrettighetene og vil svekke pasientenes mulighet for medvirkning og individuelt tilpasset helsehjelp. De uttaler:

Selv om hovedregelen er at pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted, er sørge foransvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a knyttet til befolkningen i egen helseregion. Helseforetakene kan derfor avvise pasienter fra andre regioner for å oppfylle sitt sørge foransvar overfor befolkningen i egen region. Innenfor psykisk helsevern er etterspørselen langt høyere enn det eksisterende samlede tilbudet og muligheten for å velge behandlingssted vil derfor ikke nødvendigvis være reell. Sammenholdt med forventede reduksjonen i ulike behandlingstilbud som avviklingen vil medføre, vil det kunne gi uheldige og urimelige utslag og i praksis medføre en uthuling av pasientrettighetene.

Godkjenningsordningen har medført at pasienter innen TSB og psykisk helsevern har fått flere ulike behandlingsvalg. Under ordningen er det etablert aktører som har kunnet tilby andre tilnæringsmåter og behandlingsmetoder. Vi er bekymret for at avvikling av ordningen i praksis vil medføre at behandlingstilbud til pasienter innen psykisk helsevern og TSB vil bli svekket/ begrenset ved at private aktører under godkjenningsordningen ikke lenger vil kunne tilby dette. Eksempler på slike er Hurdalssjøen og Blå Kors Loland.

Flere av høringsinstansene peker på at forutsetningen for avviklingen må være at helseforetakene har kapasitet til å ivareta pasientene og at pasientenes rett til forsvarlig helsehjelp ivaretas. I denne forbindelse peker enkelte på at særskilt kompetanse eller tilbud må sikres. *Pasient- og brukerombudet* uttaler at de støtter avviklingen av godkjenningsordningen for fritt behandlervalg under forutsetning av at det samtidig sikres at spesialiserte tjenester som ikke leveres av den offentlige helsetjenesten, og som er av vital viktighet for enkelte pasientgrupper, sikres videre drift gjennom avtaler med regionale helseforetak.

Enkelte høringsinstanser gir en betinget støtte til forslaget om å avvikle godkjenningsordningen,

blant annet *Legeforeningen*. *Legeforeningen* uttaler følgende:

Legeforeningen gir betinget støtte til avviklingen av fritt behandlingsvalg (FBV) i sin nåværende form. Vi har innvendinger til den korte tidsrammen det er lagt opp til og er opptatt av at den offentlige helsetjenesten fortsatt må suppleres med, og ha samarbeid med, private tjenestetilbydere.

De uttaler videre:

Legeforeningen registrerer at departementets argumentasjon for avviklingen av ordningen knytter seg til at ordningen ikke har hatt den ønskede effekten. Legeforeningen vil påpeke at det er store usikkerhetsmomenter knyttet til hvilken effekt ordningen har hatt og ville kunne få dersom den hadde blitt videreutviklet i stedet for avviklet. Det er også uklart hvilken effekt avviklingen av ordningen vil ha. Man må være sikker på at man ikke avvikler denne ordningen uten samtidig å sikre tjenestetilbud som ivaretar pasientenes rett til nødvendig helsehjelp.

Norsk Ergoterapeutforbund støtter forslaget om en avvikling, men uttaler at:

Ved avviklingen av godkjenningsordningen må det gjennomføres en grundig kartlegging av dagens kunnskapsbaserte tilbud fra private leverandører som må videreføres for å sikre nødvendig kapasitet, ønsket faglig spisskompetanse og mangfold. Tjenestetilbud må ikke legges ned før nødvendig erstatning er bygget opp i det offentlige, eller det er inngått nødvendige driftsavtaler med private tilbydere.

Av høringsinstansene som ikke støtter forslaget om avvikling av godkjenningsordningen, peker mange, blant annet *Regelrådet*, *NHO*, *NHO Geneo*, *Sunnaasstiftelsen*, *Mestringshusene AS*, *Norske Ortoptisters Forening*, *Stiftelsen Valdresklinikken*, *A-LARM bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling* og *Drammen kommune* at konsekvensene av forslaget ikke er tilstrekkelig utredet. *Regelrådet* skriver:

Regelrådet savner imidlertid en utredning av nullalternativet, dvs. forventet utvikling dersom det ikke innføres tiltak. Dette er spesielt relevant siden det har vært en økning i antall pasienter som benytter seg av ordningen de

siste årene. Regelrådet mener at utredningen har viktige mangler. Målet er ikke definert, alternative tiltak er ikke utredet og virkningene for næringslivet er ikke vurdert. Regelrådet mener det bør komme klart frem hvilke økonomiske konsekvenser forslaget vil medføre for det berørte næringslivet, og hvilke ringvirkninger dette kan gi. For eksempel omlegging av driften, oppsigelser og om forslaget kan medføre nedleggelse. Regelrådet kan ikke se at hensynet til små virksomheter er vurdert i utredningen. Regelrådet savner en vurdering av om små virksomheter vil kunne komme dårligere ut ved en avvikling av godkjenningsordningen enn store virksomheter. Store virksomheter har ofte fordeler i anbudskonkurranser med rammeavtaler. I hvilken grad mindre virksomheter kan delta i og ha mulighet til å vinne anbudskonkurransene vil bero på hvordan anbudene utformes.

Videre er det svakheter i utredningen av forutsetninger for en vellykket gjennomføring blant annet når det gjelder ikrafttredelse, overgangsordning og praktisk gjennomføring.

NHO og WeCare Omsorg AS peker på at det er 500 behandlingsplasser som vil bortfalle innen rus og psykiatri, og at både Hurdalsplattformen og Arbeiderpartiets partiprogram vil stanse nedbyggingen og øke plassene innen disse to fagfeltene.

Mestringshusene AS fremhever i tillegg at de savner de en nærmere utredning av kapasiteten i helseforetakene ved en avvikling av ordningen og konsekvenser for pasienter og pårørende, både når det gjelder ventetider, endret behandlingstilbud, avbrutte forhandlingsbeløp mv.

Vestre Viken HF varsler at de i dag ikke alene har kapasitet til å håndtere volumet innen somatikk og omfanget av enkelte polikliniske prosedyrer (hjertemedisin og gastromedisin). De uttaler at de er avhengig av å bygge opp kapasitet internt og/eller at Helse Sør-Øst RHF gjennomfører anskaffelser.

Blå Kors uttaler følgende:

Målt i antall pasienter som mottok behandling innen FBV-ordningen innen TSB representerer FBV-institusjonene om lag 5 % av det samlede pasientgrunnlaget innen TSB. Dette er en ikke ubetydelig ressurs og det er derfor viktig å vurdere hvordan disse kan videreføres.

(...)

Slik situasjonen er i dag er mange FBV-institusjoner innen TSB etablert i områder der det allerede er institusjoner med avtaler med

RHF. I disse områdene kan mulig utvidelse av eksisterende avtaler bidra å opprettholde god kapasitet. Men i områder der FBV-institusjoner i dag representerer en betydelig andel av den samlede kapasiteten innen TSB, vil en avvikling av ordningen medføre at pasienter i et slik område får svekket sine valgmuligheter og dermed sine pasientrettigheter. Dette er i første rekke tilfellet i Agder, der avviklingen av ordningen vil medføre en drastisk reduksjon i døgntilbudet innen TSB. I denne regionen representerer Blå Kors Loland Behandlings-senter den største institusjonen innen TSB og om lag 60% av pasientene ved Blå Kors Loland kommer fra kommuner i Agder. For å ivareta de sentrale føringene på at behandling skal gjennomføres så nær egen bopel som mulig, vil det være uheldig å svekke kapasiteten i nevnte geografiske område. Blå Kors mener derfor det må vurderes hvordan pasientrettighetene best kan ivaretas i denne regionen.

Kardiologisk seksjon ved Ringerike sykehus peker på at godkjente virksomheter avlaster mange offentlige sykehus i betydelig grad.

Ringerike spesialistsenter peker i sin høringsuttalelse på at godkjenningsordningen har gitt mulighet til å benytte restevnen hos leger som jobber på offentlige sykehus. Senteret uttaler følgende:

Det er ikke vanskelig å være enig i at å sikre høy faglig kompetanse hos spesialister er viktig. FVB har gitt mulighet til å benytte sykehuslegers restarbeidsevne, og ved Ringerike spesialistsenter arbeider fem spesialister som alle har sin hovedarbeidsplass på sykehus. Dette er nettopp med til å sikre at spesialistene er oppdatert og at den faglige kvaliteten på arbeidet er høy. Det gir også økte muligheter for faglig samarbeid og utveksling av erfaringskompetanse mellom ulike institusjoner.

Flere høringsinstanser, blant annet *NHO, Colosseumklinikken Medisinske Senter AS, Mjøskirurgene AS, Autismeforeningen i Norge, Vestfold lokallag og Blodkreftforeningen* mener at vi risikerer å få et todelt helsevesen ved å utvikle godkjenningsordningen. *NHO* uttaler at:

Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal fremdeles kunne velge mellom offentlige tilbud og private tilbud som de regionale helseforetakene har anskaffet gjennom anbud. Avviklingen fjerner pasienters rett til å velge spesi-

aliserte tilbud levert av private tilbydere utover dette. Disse tilbudene vil i stor grad fremdeles kunne tas i bruk, men da bare av pasienter som har mulighet til å dekke kostnadene selv. Vi mener dette kan bidra til en skjev fordeling av tilgjengelig helsetilbud, med en sosioøkonomisk slagside. En rekke innovative behandlingsmetoder og raskere behandlingstilbud blir tilgjengelig utelukkende for de med ressursene til å betale selv.

Colosseumklinikken Medisinske Senter uttaler følgende:

FBV er en del av det offentlige helsevesenet uten tilleggskostnader for pasientene, og motvirker derved et «todelt» helsevesen som oppstår når det private aktører er tilbydere av kostbar diagnostikk og behandling tilgjengelig for de få. Ved å sikre kort ventetid til diagnostikk og behandling har FBV utvilsomt en gunstig betydning for pasienters sykdomsforløp, livskvalitet og overlevelse. Dette er vår kliniske erfaring gjennom 5 års drift. FBV er også økonomisk gunstig for samfunnet fordi FBV klinikene drives mer effektivt, og avlaster sykehusene slik at de kan konsentrere seg om akutte tilfeller og mer avansert diagnostikk og behandling. Avvikling av FBV vil etter vårt skjønn kunne bidra til å fremme et to-delt helsevesen der ressurssterke personer gjerne med private forsikringer, sikrer seg gode (og dyre) helsetjenester, mens resten av befolkningen vil måtte forholde seg til en overbelastet helsetjeneste med lange ventetider og potensiell kompetanseflukt. Å avvikle FBV vil dermed være svært uheldig sett fra pasientene.

Flere høringsinstanser mener at de reelt utelukkes fra å delta i anbudskonkurranser. *NHO, Ringerike spesialistsenter, Hørselshemmedes Landsforbund, Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter* og *Samarbeidsforum for fellesskapsbasert rusbehandling* skriver at mindre virksomheter i realiteten er utelukket fra anbudsrunder i den offentlige helsetjenesten. *Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter* i Bergen uttaler at:

For mange av tilbyderne i fritt behandlingsvalg er ikke anbud en løsning. Særlig gjelder dette tilbydere med liten administrasjon, ideell formålsparagraf, som tilbyr unike tjenester som utfyller og supplerer den offentlige helsetjenesten til små pasientgrupper, gjerne på tvers av helseregionenes grenser.

Vi erfarer at vi, og andre tilsvarende tilbydere, utelukkes fra anbudene i de regionale helseforetakene, fordi de regionale helseforetakene etterspør større aktører med større bredde av tjenester, et høyt antall pasienter og krav om at tilbyderen er lokalisert i regionen.

NHO fremhever også at små virksomheter som opplever det utfordrende å skulle nå opp i konkurranser og vil mangle ressurser for å administrere anbudskonkurranser i et flertalls regioner.

Departementet har mottatt en rekke innspill fra privatpersoner. Ingen støtter forslaget om å avvikle godkjenningsordningen. Mange av privatpersoner som begrunner sine synspunkter, beskriver tilbud de er fornøyde med og som de frykter ville bli tatt fra dem ved avviklingen av godkjenningsordningen. Enkelte av disse viser til at det ikke finnes tilsvarende gode tilbud for den aktuelle pasientgruppen i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Ingen av høringsinstansene har innsigelser mot forslaget om endring av overskriften på pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fra «rett til fritt behandlingsvalg» til «rett til valg av behandlingssted».

5.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår i denne proposisjonen å avvikle godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil fremdeles kunne velge mellom offentlige virksomheter og private virksomheter som har avtale med regionale helseforetak.

Målet med å innføre fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Departementet viser til at godkjenningsordningen i liten grad har bidratt til å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten eller stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Dette fremkommer i evalueringen av fritt behandlingsvalg (Kaarbøe, Lindén, Ervik, Holmås, Iversen, Hagen m.fl. Evaluering av fritt behandlingsvalg (2021)).

Mange av høringsinstansene viser til at de godkjente virksomhetene bidrar til bedre mangfold i tilbudet til pasientene og at dette er svært viktig for pasientene.

I evalueringsrapporten (Kaarbøe, Lindén, Ervik, Holmås, Iversen, Hagen m.fl. Evaluering av

fritt behandlingsvalg (2021)) konkluderes det med at godkjenningsordningen har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, både når det gjelder valg av behandlingssted og ved at private aktører tilbyr andre tilnærminger og behandlingsmetoder. Det fremgår imidlertid også av evalueringen at valgfriheten har vært mer tilgjengelig for pasienter med kapasitet til å manøvrere seg gjennom systemet og at personer med høy sosioøkonomisk status i større grad velger seg til godkjente virksomheter. Departementet mener at dette kan gi uønskede virkninger på prioritering i spesialisthelsetjenesten, i den forstand at sosioøkonomiske forhold og ikke behandlingsbehov påvirker både tilgangen til helsehjelp og prioritering mellom pasienter. Departementet mener samtidig at et mangfold i behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten kan være positivt når det for eksempel bidrar til at pasientene kan få et tilbud som er bedre tilpasset deres individuelle behov. Flere høringsuttalelser påpeker at enkelte leverandører i godkjenningsordningen har tilbud som det ikke finnes tilsvarende gode motstykker til i den offentlige spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn har departementet bedt de regionale helseforetakene om å vurdere hvorvidt godkjente virksomheter i fritt behandlingsvalg-ordningen i dag leverer tjenester som oppfyller et viktig nasjonalt eller regionalt behov og påse at slike tjenester også i fremtiden gjøres tilgjengelige, jf. Oppdragsdokument 2022 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021–2022). Departementet understreker at det ligger til de regionale helseforetakene å sørge for at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kapasitet for å ivareta behovene for nødvendig spesialisthelsetjenester for hele befolkningen i helseregionen, samt å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten.

Flere høringsinstanser peker på at det er store variasjoner i kvaliteten på behandlingstilbudet mellom de ulike godkjente virksomhetene og at de har erfart at kunnskapsnivået ved enkelte institusjoner er lavt. Departementet mener det er en utfordring at det er liten eller ingen innsyn i tilbudet og manglende kontroll av kvaliteten på tilbudene til virksomheter som er godkjent gjennom ordningen i fritt behandlingsvalg.

Kastevollen Rehabiliteringssenter AS opplyser å være en virksomhet som både har avtale med regionalt helseforetak og er godkjent virksomhet under ordningen med fritt behandlingsvalg. Rehabiliteringssenteret uttaler at det er stor kvalitativ forskjell mellom anbudsprosessene knyttet til avtaler med de regionale helseforetakene som har

strengt og konkrete krav til kompetanse og innhold i tjenestene, og kravene som stilles til virksomhetene som godkjennes gjennom ordningen i fritt behandlingsvalg. Rehabiliteringssenteret peker videre på at det under denne ordningen er mulighet til å promotere spesialiserte rehabiliteringstjenester til diagnosegrupper man potensielt har liten eller ingen erfaring med, og at dette fører til utarming av rehabiliteringsfaget, og til en betydelig uønsket variasjon i tjenestetilbudet til brukerne.

Leverandørene innen fritt behandlingsvalg er heller ikke jevnt fordelt mellom ulike deler av landet. Leverandørene er i større grad lokalisert i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde enn det befolkningsgrunnlaget skulle tilsi. Det er naturlig at private aktører etablerer seg i områder der folk bor tett og det er enklest å rekruttere helsepersonell. Departementet mener likevel at det er uheldig at det er markedsforholdene og ikke behovet for helsetjenester som styrer hvor det etableres offentlig finansierte tilbud. Det legger ikke til rette for likeverdig tilgang til tjenester over hele landet.

Som flere høringsinstanser peker på, vil godkjente virksomheter konkurrere om de samme helsepersonellressursene. Departementet deler Kastevollen Rehabiliteringssenter AS bekymring for pasientsikkerheten, dersom dette innebærer at kompetansen blir «smurt tynt utover» mange flere institusjoner.

Departementet viser til at det er de regionale helseforetakene som, i tråd med sitt sørge for ansvar, finansierer pasientbehandlingen utført av fritt behandlingsvalgleverandører. Pasientene som benytter seg av ordningen har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og de ville alternativt ha mottatt helsehjelp i en offentlig virksomhet eller i en privat virksomhet som de regionale helseforetakene har avtale med. Samtidig har de regionale helseforetakene ikke mulighet til å begrense eller styre ressursbruken knyttet til pasientbehandlingen som utføres av godkjente virksomheter. Dette henger blant annet sammen med at fritt behandlingsvalgleverandørene ikke har volumbegrensninger i sine godkjenninger og at de i prinsippet kan etablere seg hvor de vil i landet. Det kan svekke de regionale helseforetakenes evne til å utøve god planlegging og styring av ressursbruken til det beste for pasientene.

Flere høringsinstanser peker på at helseforetakene har plikt til å dekke utgiftene til pasienter bosatt i deres opptaksområde som mottar behandling hos godkjente virksomheter i fritt behandlingsvalg, men at de ikke har mulighet til å styre

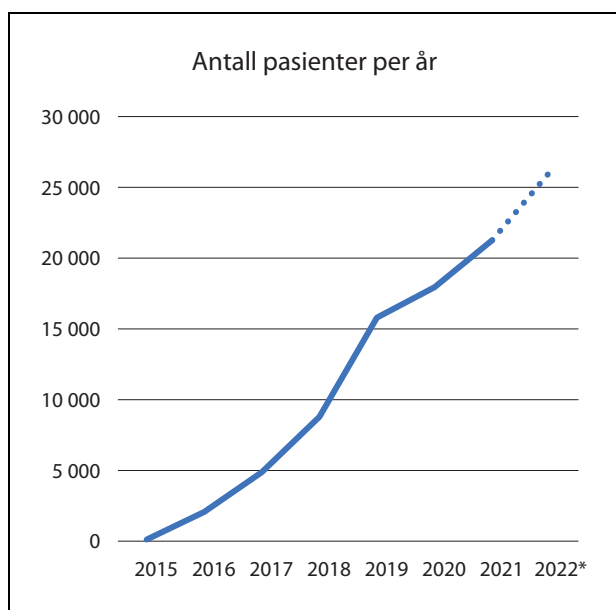
volum, kvalitet eller lengde på tjenestene hos de private leverandørene Dette gjør det utfordrende for helseforetakene å planlegge blant annet for riktig bemanning og kapasitet. Godkjenningsordningen innebærer dermed at det tilbys spesialisthelsetjenester i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten som helseforetakene har lite innsyn i og som de heller ikke kan føre kontroll med.

Det fremgår av tabellene under punkt 3.2 at det i perioden etter innføringen av godkjenningsordningen har vært en sterk økning i antallet pasienter som benytter seg av godkjenningsordningen og helseforetakenes kostnader knyttet til behandling i godkjente virksomheter. Dette illustreres også i figur 5.1 og 5.2 nedenfor. Figurene viser antall pasienter og kostnader per år fra 2015 til 2021. Det er gjort anslag for antall pasienter og kostnader for 2022 basert på faktiske tall per første tertial 2022.

Økningen i kostnadene har særlig vært stor innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som utgjorde nesten 60 prosent av de samlede kostnadene i 2021. Etter departementets syn tilsier ikke tallene for utvikling i antall pasienter og kostnader at veksten er i ferd med å avta eller flate ut. Det må derfor antas at dersom nåværende godkjenningsordning opprettholdes, vil de regionale helseforetakenes kostnader knyttet til ordningen fortsette å øke på kort til mellomlang sikt. Dette vil etter departementets vurdering føre til at

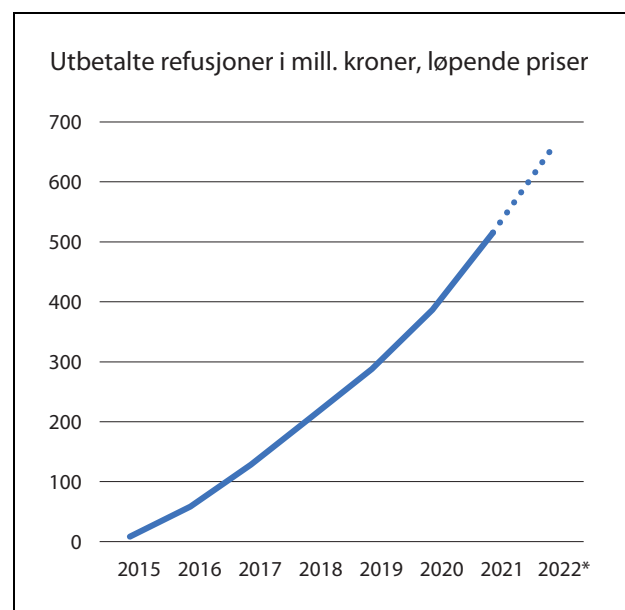
de regionale helseforetakene vil ha begrenset styring og kontroll med en økende del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten og ressursbruken knyttet til dette. Etter departementets vurdering er dette uheldig. De regionale helseforetakene, som har ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen innen rammen av Stortingets bevilgninger, bør også ha kontroll med innholdet i behandlingstilbudet, kvaliteten på tilbudet og ressursbruken i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten.

Som flere høringsinstanser peker på, bidrar de godkjente virksomhetene med kapasitet og avlaster den offentlige spesialisthelsetjenesten. I enkelte geografiske områder og for enkelte tjenester er denne aktiviteten relativt betydelig. Departementet er enig med høringsinstansene i at det ved avviklingen av godkjenningsordningen er nødvendig at de regionale helseforetakene vurderer om det er nødvendig å øke kapasiteten på enkelte områder for å sikre at pasientene tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester innen forsvarlig tid. Departementet har derfor i oppdragsdokumentet for 2022 bedt de regionale helseforetakene påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles. De regionale helseforetakene må vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å ivareta dette ansvaret. De må ha en oversikt over de private leverandø-



Figur 5.1 Antall pasienter som mottar behandling hos godkjente virksomheter per år 2015–2021. Anslag for 2022.

Kilde: Helsedirektoratet.



Figur 5.2 Utbetalte refusjoner til godkjente virksomheter per år i løpende priser. 2015–2021. Anslag for 2022.

Kilde: Helsedirektoratet.

rene som leverer tjenester innenfor ordningen, og må vurdere hvorvidt dette volumet i fremtiden skal leveres av egne helseforetak eller av private leverandører gjennom nye anskaffelser.

Departementet vil understreke at en avvikling av godkjenningsordningen ikke innebærer at de regionale helseforetakene ikke lenger vil benytte private leverandører av spesialisthelsetjenester. Departementet ønsker imidlertid at disse tjenestene skal reguleres gjennom ordinære avtaler med de regionale helseforetakene. Etter departementets vurdering gir kjøpsavtaler basert på anbudskonkurranser et bedre utgangspunkt for oppfølging av leverandører enn hva som er tilfellet for godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.

Departementet mener videre at det er en større mulighet til å skape bredde og fleksibilitet i tilbudene når dette gjøres gjennom avtale med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene vil i slike tilfeller bedre kunne vurdere helheten og den samlede ressursbruken i spesialisthelsetjenestetilbudet som de er ansvarlige for.

Noen høringsinstanser, blant annet *NHO, Ringerike spesialistsenter, Hørselshemmedes Landsforbund, Stiftelsen Barnas Fysioterapisenter* har uttalt at det er utfordrende for små virksomheter å nå opp i anbudskonkurranser.

Anskaffelsesregelverkets prosedyreregler setter rammer for konkurranseutsetting og for gjennomføringen av en rettfærdig konkurranse. Målet er effektiv bruk av samfunnets ressurser. Departementet vil i denne sammenheng peke på at det er adgang etter anskaffelsesregelverket å innrette anbudene slik at også små og mellomstore virksomheter har reell mulighet til å delta i konkurransen. De regionale helseforetakene vurderer behovet for anskaffelser og innretningen på anbudsutlysningen.

Departementet foreslår etter dette at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg avvikles og foreslår nødvendige lovendringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet foreslår for det første å oppheve spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Bestemmelsen fastsetter at godkjente private virksomheter kan yte helsehjelp til pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg gir bestemmelsen hjemmel til å forskriftsfeste nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling og bortfall av godkjenning av virksomheter som kan yte helsehjelp og om forvaltning av ordningen, herunder prising av tjenester og innfasing og utfasing av tjenester.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 andre ledd at pasienten kan velge mellom offentlig virksomhet, privat virksomhet med avtale med et regionalt helseforetak eller en privat virksomhet som er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg forutsetter derfor at det gjøres endringer i nevnte bestemmelse. Departementet foreslår å endre ordlyden i andre ledd slik at alternativet privat virksomhet som er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesten § 4-3 fjernes.

Pasienten har ikke rett til å velge behandling, men hvor behandlingen skal mottas. Departementet mener dette bør tydeliggjøres og foreslår at overskriften til bestemmelsen endres fra «rett til fritt behandlingsvalg» til «rett til valg av behandlingssted». Ingen av høringsinstansene har innsigelser mot dette forslaget.

Departementet foreslår videre en teknisk endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd. Endringen innebærer at reiser til spesialisthelsetjenester som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 fjernes fra bestemmelsen om dekning av utgifter til pasientreiser.

For å ivareta behovet for å regulere en overgangsordning for pasienter som er i et behandlingsforløp foreslår departementet en hjemmel til å fastsette nærmere overgangsbestemmelser, se nærmere omtale under punkt 6.3.

6 Avviklingstidpunkt og overgangsordning

6.1 Høringsforslaget

Det ble i høringsnotatet foreslått at godkjenningsordningen skulle avvikles fra 1. januar 2023. For å ivareta behovet for en overgangsordning for pasienter som er i et behandlingsforløp, ble det foreslått en bestemmelse som pålegger staten å yte betaling i samsvar med forskrift gitt i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, for helsehjelp som er påbegynt før tidspunktet for avvikling og inntil helsehjelpen er avsluttet. Overgangsordningen ble foreslått begrenset til seks måneder, slik at virksomhetene ikke får betaling for helsehjelp som ytes senere enn seks måneder etter avviklingstidpunktet. Videre ble det foreslått en hjemmel for departementet til å fastsette nærmere overgangsbestemmelser.

6.2 Høringsinstansenes syn

Av de som uttaler seg om overgangsordningen, mener de fleste høringsinstansene at avvikling 1. januar 2023 er for tidlig. Dette gjelder blant annet *Legeforeningen*, *Virke*, *NHO Geneo*, *Blå Kors*, *Mestringshusene AS*, *Moloklinikken*, *Ringerike spesialistsenter*, *Norges revmatikerforbund*, *Epilepsiforbundet*, *Tysnes kommune*, *Vennesla kommune*, *Autismeforeningen i Norge (Vestfold lokallag)*, *A-LARM bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling*, *Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan*, *WeCare Omsorg AS* og *Norsk Ergoterapeutforbund*.

Legeforeningen mener avviklingstidpunktet er urealistisk og er bekymret for om pasientene får rett til den nødvendige helsehjelpen de har krav på. De uttaler følgende:

Innen enkelte fagområder i enkelte regionale helseforetak (RHF) er bruken av ordningen av et slikt omfang at det er grunn til bekymring for om man rekker å organisere et godt nok tilbud i offentlig regi innen utgangen av året. Det er særlig grunn til å trekke frem rus og psykiatri, der *Legeforeningen* er bekymret for om RHF-ene vil rekke å få på plass et tilbud til sine

pasienter. Årsakene til manglende tilbud i offentlig regi er sammensatt og dreier seg blant annet om mangel på spesialister, lokaler og ressurser for øvrig. Det er vanskelig å se hvordan dette skal kunne løses på så kort tid. Det er også grunn til å nevne at ordningen har bidratt til større utvalg i behandlingsmetoder for disse pasientgruppene, noe det vil være synd å miste.

NHO mener at bedriftene har grunn til å forvente at godkjenningen på fem år får løpe ut i sin helhet. De peker videre på at virksomhetene har behov for forutsigbarhet og for å kunne imøtekomme investeringene som er gjort, i fysiske så vel som menneskelige ressurser.

Enkelte høringsinstanser, blant annet *Mestringshusene AS*, mener at dersom godkjenningene sies opp med så kort varsel før 5 år, vil det være et mislighold av avtalen som vil kunne få kontraktsrettslige konsekvenser. *Mestringshusene AS* viser videre til forskriften § 5 tredje ledd om at departementet etter nærmere vilkår kan beslutte at en godkjenning skal opphøre tidligere enn 5 år. De mener at vilkårene i bestemmelsen ikke er oppfylt, og heller ikke er i tråd med forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Virke foreslår at godkjenningsordningen opphører fra 1. januar 2023, mens avviklingen utsettes med et år, til 1. juli 2024.

Helse Sør-Øst RHF, *Helse Vest RHF*, *Nasjonalt kompetansesenter TSB* og *St. Olavs hospital*, støtter det foreslåtte avviklingstidpunktet. *Nasjonalt kompetansesenter TSB* mener at fristen departementet har satt «... vil legge til rette for forsvarlig ivaretagelse av pasientene som er under behandlingen i ordningen og tid til å gjennomføre nødvendige overføringer av de pasientene som ikke vil ha sluttført behandlingen sommeren 2023. Helseforetakenes vurderingsteam/henvisningsmottak vil kunne være en viktig ressurs i dette arbeidet.»

Helse Sør-Øst RHF mener også at det vil være mulig å avvikle dagens godkjenningsordning fra 1. januar 2023. De presiserer at det sannsynligvis vil være behov for en overgangsordning for pasi-

enter som allerede er under døgnbehandling innenfor tverrfaglig spesialisert rus behandling og psykisk helsevern. De skriver videre:

Innen somatikk utgjør omfanget av enkelte prosedyrer innen godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg en så pass stor andel av den samlede aktiviteten at enkelte helseforetak per i dag ikke vil ha kapasitet til å håndtere dette volumet. Dette er dog snakk om polikliniske undersøkelser, hvor det vil være mulig å bygge opp kapasitet internt evt. gjennomføre anskaffelser.

Sykehuset Vestfold HF uttaler følgende om konsekvensene i avviklingsperioden:

Det kan forventes noe økt ventetid, særlig i en overgangsperiode. Det vil etter vårt syn være behov for å utvide avtalene på RHF nivå. RHF bør øke sin avtalekapasitet for å demme opp for det presset som vil komme i avviklingsperioden, men også etterpå. Spesialisthelsetjenestens oppdrag knyttet til døgnbehandling over lengre tid bør også tydeliggjøres i kommende avtaler.

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital uttaler:

Når ordningen nå foreslås avvirket, så bør det frem til endelig beslutning blir fattet, ikke godkjennes nye leverandører. Klinikken støtter forslaget om overgangsordning på 6 måneder. Det bør i tillegg settes en endelig frist for inntak av nye pasienter.

Når det gjelder overgangsordningen uttaler *Helse- direktoratet* følgende:

Ved en avvikling av godkjenningsordningen fra 1.1.2023 støtter Helsedirektoratet departementet i at det er et behov for en overgangsordning for å gjøre det mulig å avslutte behandlingen for pasienter som har påbegynt et behandlingsforløp. Selv om varigheten av forløp vil variere og det vil kunne oppstå medisinske forhold underveis i behandlingen som forlenger forløpet, antar Helsedirektoratet at flertallet av pasienter vil kunne ferdigbehandles i løpet av en overgangsperiode på 6 måneder. Pasienter som ikke har avsluttet behandling i løpet av denne perioden vil måtte overføres til et helseforetak.

Spekter støtter forslaget om overgangsordning og uttaler følgende:

Spekter støtter departementets vurderinger bak forslaget om en overgangsordning i seks måneder for virksomheter som har pasienter inne til behandling over lengre tid, slik at de kan få fullført den påbegynte behandlingen ved institusjonen den er påbegynt. Dette gjelder spesielt pasienter inne til døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.

Flere av høringsinstansene er opptatt at departementet må sikre overgangsordninger som ivaretar behovene til pasientene. En del høringsinstanser, blant annet *Vennesla kommune* og *Blå Kors* mener en overgangsordning begrenset til seks måneder kan være uheldig for pasientene all den tid behandlingsforløp for rusavhengige ofte er preget av uforutsigbarheter og brudd i behandlingsforløpet.

Epilepsiforbundet er usikre på om overgangsordningen på 6 måneder er tilstrekkelig til å kunne sikre at tilbudet bygges opp gjennom de regionale helseforetakene til den gruppen de representerer.

Norsk Revmatikerforbund mener at overgangsordningen på 6 måneder fra 1. januar 2023 må utgå. De mener at man i stedet «har klare føringer om at pasienten utfases når tilsvarende tilbud i virksomhet som eies eller har avtale med det offentlige er på plass.» *Psoriasis- og eksemforbundet* deler denne oppfatningen.

Det er flere som er særlig bekymret for pasientgruppen innen rus og psykisk helsevern i overgangsperioden/utfasingen, blant annet *Statens Helsetilsyn*, *Spekter*, *Norsk psykologforening* og *NHO. Norsk psykologforening* uttaler:

Departementet foreslår at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg avvikes med virkning fra 1. januar 2023. Dette er kritisk kort tid til å reetablere tilbud andre steder. Psykologforeningen støtter forslaget om overgangsordning. Vi mener det er behov for en overgangsordning som sikrer pasienter som er i et behandlingsforløp. Dette gjelder særlig innen TSB, der behandlingsforløpene er lenger. Departementet foreslår en overgangsordning på inntil seks måneder etter avvikling. Vi stiller spørsmål ved om dette tilstrekkelig tid. Psykologforeningen påpeker at det er grunn til å tro at kvalifisert personale vil søke seg andre steder, slik at man i en overgangsordning ikke vil

kunne opprettholde et forsvarlig tilbud. Vi ber departementet vurdere hvordan man kan sikre kvalitet og kompetanse i en slik overgangsperiode der det ikke er anledning at ta inn nye pasienter, men kun fullføre pågående pasientforløp.

Helsedirektoratet peker også på en mulig økt risiko for at pasienter ikke får et forsvarlig behandlingstilbud i avviklingsperioden:

Etter Helsedirektoratets vurdering er det en mulig økt risiko for at pasienter ikke får et forsvarlig behandlingstilbud i avviklingsperioden. Blant annet er det grunn til å tro at en avvikling av ordningen vil kunne innebære at ansatte og nøkkelpersonell slutter. Det er derfor risiko for at virksomheter vil ha pasienter, men ikke tilstrekkelig bemanning og kompetanse i perioden frem til avvikling av ordningen og også i overgangsperioden. Det kan i tillegg tenkes tilfeller hvor pasienter av den grunn må overflyttes raskt til andre behandlingssteder, noe som vil kreve umiddelbart samarbeid med RHFet om tilgjengelig behandlingsskapasitet. Her vil det også være viktig at pasientenes hjemkommer blir involvert i samarbeidet.

Flere høringsinstanser fremhever viktigheten av et samarbeid mellom Helfo, helseforetakene, kommunene og godkjente leverandører/virksomheter, og en rolleavklaring mellom disse i en overgangsperiode.

Enkelte høringsinstanser, blant annet *Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan*, mener det bør gjennomføres skjermede anbudsrunder for ideelle aktører i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at avtalene i utgangspunktet skal være av langtidskaraktér for å sikre stabile og forutsigbare rammer for arbeidet og unngå hyppige rapporterings- og søknadsrunder.

Kolbotn hjertesenter AS skriver at de ønsker retningslinjer for hvordan driften avvikles hos de private aktørene. De mener videre at en avvikling vil kreve betydelige ressurser og må kompenseres økonomisk.

6.3 Departementets vurderinger og forslag

I høringsnotatet uttalte departementet at det tok sikte på at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg avvikles med virkning fra 1. januar 2023. Flertallet av høringsinstansene, blant annet *Norges Revmatikerforbund*, *Epilepsiforbundet*, *Autisme-*

foreningen i Norge (Vestfold lokallag), *Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan*, *Legeforeningen*, *Norsk Ergoterapeutforbund*, *WeCare Omsorg AS*, *Virke*, *NHO Geneo*, *Blå Kors*, *Mestringshusene AS*, *Mono-klinikken*, *Ringerike spesialistsenter*, *Tysnes* og *Vennesla kommune*, mener at en avvikling av godkjenningsordningen allerede fra 1. januar er for tidlig og er bekymret for at de regionale helseforetakene rekker å organisere et godt nok tilbud i offentlig regi innen denne fristen.

Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg vil blant annet ha konsekvenser for pasienter, for godkjente leverandører, for den offentlige spesialisthelsetjenesten og for den sentrale helseforvaltningen.

Departementet vil understreke at pasientenes rett til å få forsvarlig og nødvendig helsehjelp må ivaretas ved avviklingen. Departementet viser til at det varierer mellom fagområdene hvor mange pasienter som benytter seg av tilbud i godkjenningsordningen, jf. oversikt i tabell 3.1 under punkt 3.2. Totalt har over 90 prosent av pasientene som har mottatt tjenester gjennom ordningen, mottatt somatiske tjenester. Dette er i hovedsak polikliniske undersøkelser og dagkirurgiske tjenester. Sett opp mot den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, inkludert private avtaleparter, legger departementet til grunn at det i liten grad vil være utfordringer knyttet til den offentlige spesialisthelsetjenestens evne til å absorbere denne aktiviteten, og at det i liten grad vil ha påvirkning på ventetider, fristbrudd mv. Det vises til at evalueringen av fritt behandlingsvalg fant at ordningen i liten grad har bidratt til å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende utgjør tjenester innen psykisk helsevern og rehabilitering og habilitering i godkjenningsordningen også små andeler av den totale aktiviteten i spesialisthelsetjenesten innen disse fagområdene. I enkelte geografiske områder og for enkelte tjenester er denne aktiviteten imidlertid relativt betydelig. Departementet viser til at det er nødvendig at de regionale helseforetakene vurderer om det er nødvendig å øke kapasiteten på enkelte områder for å sikre at pasientene tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester innen forsvarlig tid, og at dette er fulgt opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene for 2022.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utgjør aktiviteten i godkjenningsordningen en høyere andel av den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten enn innen de andre fagområdene. I 2021 var det totalt om lag 15 000 utskrivinger fra døgnbehandling i TSB, mens det var

om lag 750 pasienter som mottok døgnbehandling i TSB gjennom godkjenningsordningen.

Dette kan også illustreres ved å se på faktisk bruk av døgnplasser i godkjenningsordningen. Dette kan beregnes basert på registrerte pasienter per dag i henholdsvis TSB og psykisk helsevern for voksne, med utgangspunkt i KUHR-data (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Det fremkommer der at antall pasienter per dag i første halvår 2022 er om lag 250 innen TSB og om lag 60-70 pasienter innen psykisk helsevern for voksne. Til sammenligning utgjorde den planlagte kapasiteten (helseforetak og private avtaleinstitusjoner) 1858 plasser og 3 288 plasser for henholdsvis TSB og psykisk helsevern for voksne ved utgangen av 2021.

Oppholdene hos de godkjente virksomhetene er til dels langvarige. Median varighet av døgnbehandling innen TSB hos godkjente virksomheter var om lag 90 dager i 2020, mens median varighet var ni dager hos helseforetak og 35 dager hos private virksomheter med avtale med et regionalt helseforetak. Disse tallene er kun en illustrasjon av pasientvolumet og aktiviteten, og sier ikke noe om ressursbruken knyttet til pasientforløpene.

I høringen har enkelte høringsinstanser uttalt at en avvikling kan føre til kapasitetsutfordringer. De regionale helseforetakene skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sørge for at personer som bor eller har fast opphold i helseregionen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester. Dette innebærer at de regionale helseforetakene har en plikt til å sørge for at spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig kapasitet for å ivareta behovene for nødvendig spesialisthelsetjenester for hele befolkningen i helseregionen. Departementet mener i likhet med høringsinstansene at regionale helseforetakene må ha tilstrekkelig tid til å sikre nødvendig kapasitet ved avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.

For å sikre tilstrekkelig kapasitet når godkjenningsordningen oppheves, ga departementet i oppdragsdokumentet for 2022 de regionale helseforetakene i oppdrag å påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles. De regionale helseforetakene må vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å ivareta dette ansvaret. Videre har departementet bedt de regionale helseforetakene om å vurdere hvorvidt godkjente virksomheter i godkjenningsordningen i dag leverer tjenester som oppfyller et viktig nasjonalt eller regionalt behov og påse at slike tjenester også i fremtiden gjøres tilgjengelige,

jf. Oppdragsdokument 2022 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 115 S (2021–2022).

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sørge for et forsvarlig tilbud til pasientene. Departementet har hatt dialog med de regionale helseforetakene som mener at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg kan avvikles fra 1. januar 2023. Departementet mener derfor at avviklingen kan skje allerede fra 1. januar 2023.

En del av høringsinstansene mener at virksomhetene må kunne levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten i hele godkjenningsperioden. De peker videre på at virksomhetene har behov for forutsigbarhet og for å kunne imøtekomme investeringene som er gjort, i fysiske så vel som menneskelige ressurser.

Retten til ytelser fra staten bygger på en godkjenning som gis for fem år med hjemmel i forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester. Departementet foreslår i denne proposisjonen lovendringer som innebærer at godkjenningen til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten bortfaller, selv om godkjenningsperioden ikke har utløpt. Et spørsmål som reiser seg, er hvilket vern den enkelte leverandør har mot at ny lovgivning griper inn i rettigheter som har grunnlag i en offentlig godkjenning. Grunnloven § 97 er i rettspraksis tolket slik at det gis vern ved «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning. Departementet mener at en avvikling av godkjenningsordningen ikke rammes av forbudet i Grunnloven § 97. Det vises til nærmere redegjørelse av dette spørsmålet i punkt 7.

Departementet foreslår etter dette at de godkjente virksomhetenes adgang til å tilby spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten opphører fra det tidspunktet de foreslåtte lovendringene skal tre i kraft. Fra dette tidspunktet vil godkjenningene opphøre og de private tjenesteyterne vil ikke lenger ha krav på betaling fra staten for helsehjelp som ytes. Det innebærer at det etter tidspunktet for ikrafttredelse av endringene i utgangspunktet ikke vil være adgang til å yte tjenester mot betaling fra staten, selv om perioden for godkjenningen ikke er utløpt.

Departementet mener likevel at det er behov for en overgangsordning som sikrer at pasienter som allerede er i et behandlingsforløp hos de private godkjente leverandørene ved ikrafttredelsestidspunktet kan få fullført den påbegynte behandlingen, med mindre pasienten selv ønsker å fortsette behandlingen ved annen institusjon. Forslaget innebærer at de private godkjente leverandø-

rene vil motta betaling fra staten for helsehjelp som var påbegynt før tidspunktet de foreslåtte lovendringene trer i kraft (avviklingstidspunktet) og frem til helsehjelpen er avsluttet i samsvar med reglene i forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester. De høringsinstansene som har uttalt seg om overgangsordningen har støttet forslaget om en overgangsordning.

I høringsnotatet ble det foreslått at den nevnte overgangsordningen var begrenset til seks måneder. *Helsedirektoratet* antar at flertallet av pasienter vil kunne ferdigbehandles i løpet av en overgangsperiode på 6 måneder, selv om varigheten av forløp vil variere og det vil kunne oppstå medisinske forhold underveis i behandlingen som forlenger forløpet. Flere høringsinstanser er usikre på om seks måneder er tilstrekkelig tid og viser til at det innen TSB og psykisk helsevern ofte er lange behandlingsforløp. Noen høringsinstanser mener at begrensningen på seks måneder bør utgå og at pasienten utfases når tilsvarende tilbud i virksomhet som eies eller har avtale med det offentlige er på plass.

Departementet har vurdert om det er hensiktsmessig å fase ut en eller flere tjenester av ordningen. Departementet mener at en slik løsning vil redusere forutsigbarheten for de godkjente leverandørene og mener det vil være en bedre løsning at ordningen avvikles på et bestemt tidspunkt og at det settes et endelig tidspunkt for overgangsordningen.

Departementet har merket seg at flere høringsinstanser er bekymret for at en overgangsperiode på seks måneder ikke vil være tilstrekkelig for å ivareta pasienter innen TSB og psykisk helsevern. Departementet mener en overgangsperiode på tolv måneder vil ta høyde for de aller fleste pasientene som er i lange behandlingsforløp. Departementet foreslår derfor at overgangsperioden settes til 12 måneder. Pasienter som ikke har avsluttet behandling i løpet av denne perioden vil etter departementets vurdering måtte overføres til virksomhet som eies eller har avtale med et helseforetak.

Flere høringsinstanser mener det foreligger en risiko for at de godkjente aktørene ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tilbud i overgangsperioden. Det vises i denne forbindelse til at det blant annet kan være vanskelig å holde på faglig kompetanse etter avviklingen.

Departementet ser at det er en risiko for at slike situasjoner kan oppstå og vil i denne forbindelse understreke at de godkjente leverandørene har plikt til å sørge for at helsehjelpen som de yter er forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-

2. Det følger av nevnte bestemmelsen at virksomheten skal tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Etter departementets vurdering innebærer forsvarlighetskravet at tjenesteyteren må ivareta sine pasienter til de har mottatt den nødvendige helsehjelpen. Dette innebærer at de private leverandørene må sørge for at de pasientene som tas inn til behandling får et forsvarlig behandlingsforløp frem til de er ferdig med den aktuelle behandlingen. For å ivareta dette ansvaret bør de private leverandørene i perioden før avviklingstidspunktet ikke ta imot pasienter som ikke vil kunne bli behandlet ferdig i løpet av overgangsperioden.

Dersom det allikevel er slik at pasienter ikke vil kunne ferdigbehandles i løpet av overgangsperioden eller virksomheten ikke har tilgjengelige ressurser til å sikre forsvarlig behandling, har den aktuelle leverandøren ansvar for iverksette tiltak for å sikre forsvarlig og sømløs overgang til en offentlig leverandør eller privat leverandør med avtale med regionalt helseforetak som kan ivareta pasientens behov.

Helsedirektoratet har i høringen pekt på at det i overgangsperioden vil kunne være behov for å videreføre enkelte av bestemmelsene i forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester. Departementet viser i den forbindelse til at det også foreslås en hjemmel til å fastsette overgangsbestemmelser. Departementet vil vurdere behovet for forskriftsbestemmelser som nærmere regulerer overgangsperioden.

Det er viktig å understreke at finansieringen av de regionale helseforetakene ikke endres av forslaget. Følgelig vil ikke forslaget innebære at spesialisthelsetjenesten får mindre ressurser til å behandle pasienter.

Utgiftene til tjenester i fritt behandlingsvalg dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene. Forvaltningen av ordningen innebærer bl.a. at Helfo skal betale til de private aktørene. Det er derfor nødvendig med et påfølgende oppgjør mellom Helfo og de regionale helseforetakene. Det er opprettet en post i statsbudsjettet (kap. 740, post 72) for denne oppgjørsordningen. Helfo krever refusjon fra helseforetakene og inntektsfører på posten ved innbetaling fra helseforetak. Oppgjørsløsningen vil forutsetningsvis gå regnskapsmessig i null over tid. Som følge av at utbetalinger og innbetalinger ikke vil skje samtidig, vil det for posten kunne komme fram en regnskapsmessig saldo forskjellig fra null ved periodeavslutning.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Ved avvikling av godkjenningsordningen vil det være behov for å videreføre oppgjørsordningen i en periode for å ta høyde for krav som sendes inn etter tidspunktet for avviklingen av godkjenningsordningen. Ordinære pengekrav har etter § 2 i lov 18. mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer en foreldelsesfrist på tre år. Fristen vil regnes fra dato for behandling. Det må følgelig være en ordning som ivaretar at krav kan sendes inn inntil tre år etter at pasientbehandlingen er utført. Som det fremgår over foreslås det også en overgangsordning som innebærer at pasienter som har startet opp sin behandling før avviklings-

datoen, skal kunne fullføre behandlingen hos den private leverandøren. Dette innebærer at det også vil være krav som sendes inn for helsehjelp som ytes etter tidspunktet for avviklingen.

Helfo må også etter at ordningen er avviklet kunne føre kontroll med utbetalingene og innhente nødvendig informasjon i den forbindelse. Det vil derfor også kunne være behov for å videreføre blant annet forskriftens bestemmelser som knytter seg kontroll og oppfølging, samt adgangen til å innhente opplysninger.

7 Forholdet til Grunnloven § 97

Departementet foreslår i denne lovproposisjonen at godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg avvikles. Det følger av forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester § 5 første og andre ledd at en godkjenning gis for fem år. Forslagene innebærer imidlertid at godkjenningen til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten bortfaller, selv om godkjenningsperioden ikke har utløpt. Konsekvensen av dette er at en rettsposisjon (godkjenningen) som har oppstått før lovendringen, svekkes. Det må vurderes om en slik endring er i strid med Grunnloven § 97, som bestemmer at ingen lover må gis tilbakevirkende kraft.

Begrepet lov i Grunnloven § 97 omfatter ikke bare lover fastsatt av Stortinget, men også forskrifter. Bestemmelsen gir først og fremst vern mot regler som legger nye byrder på handlinger eller begivenheter som fant sted før den nye regelen kom til (såkalt «egentlig» tilbakevirkning). Nye regler som utelukkende svekker den enkeltes rettslige posisjon fremover i tid (såkalt «uegentlig» tilbakevirkning), vil som hovedregel gå klar av tilbakevirkningsforbudet. Dette fremgår av høyesterettsdommen Rt. 2010 s. 143 som gjaldt rederibeskatning. I dommens avsnitt 153 uttales følgende:

Ut frå rettspraksis kan det etter mitt syn stillast opp nokre hovudpunkt. Spørsmålet om ei lov som knyter verknader til tidlegare hendingar eller grip inn i etablerte rettsposisjonar, er i strid med Grunnlova § 97, er avhengig av kor sterkt tilbakeverknadselementet er. Dersom lova direkte knyter tyngjande rettsverknader til eldre hendingar, er lova som hovudregel grunnlovsstridig. Om lova derimot berre gir reglar om korleis ein etablert rettsposisjon skal utøvast for framtida, er hovudregelen den motsette. Mellom desse ytterpunkta finst det overgangsformer.

De foreslåtte endringene knytter ikke virkninger til tidligere hendelser, men svekker etablerte rettsposisjoner ved at de private godkjente leverandørene ikke lenger kan yte spesialisthelsetje-

nester mot betaling fra staten. Det sentrale spørsmålet er således hvilket vern den enkelte leverandør har mot at ny lovgivning griper inn i rettigheter som har grunnlag i den offentlige godkjenningen. I Høyesteretts plenumsdom i Borthen-saken (Rt. 1996 s. 1415), som gjaldt hvilket vern rettigheter med grunnlag i folketrygdloven hadde mot ny lovgivning, var det etter Høyesteretts syn avgjørende for vurderingen om lovendringen var i strid med Grunnloven § 97, om den innebar «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning. I dette ligger en avveining av motstående hensyn. I avveiningen må statens behov for handlefrihet holdes opp mot hvordan inngrepet rammer. Høyesterett uttalte følgende om den nærmere avveiningen (s. 1430):

Inn i avveiningen vil blant annet komme hvilke rettigheter eller posisjoner inngrepet gjelder, hvilket grunnlag den enkelte eller en gruppe har for sine forventninger, om inngrepet er plutselig og betydelig og om fordelingen av byrdene rammer den enkelte eller en gruppe særlig hardt.

Kriteriet «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning har vært benyttet også i senere saker på andre rettsområder, jf. Rt. 1998 s. 1965 på s. 1970–1971 (sivilprosess, verneting) og Rt. 2001 s.762 på s. 767 (skatterett).

I denne forbindelse må det vurderes hvilke rettigheter den private leverandøren har som følge av sin godkjenning og hvilket grunnlag for forventninger den enkelte har og om inngrepet rammer de private leverandørene hardt.

Godkjenningen gir den private virksomheten adgang til å levere særskilte angitte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Godkjenningen innebærer imidlertid ikke at de private leverandørene er sikret at betalingen fra staten utløses. Forutsetningen for utbetalingen er at pasienter faktisk velger å motta spesialisthelsetjenester fra den aktuelle private leverandøren.

Det følger av forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester § 5 første og andre ledd at godkjenningen gjelder for fem år, og det

kan søkes om at godkjenningen forlenges med fem år av gangen.

Det stilles i forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester en rekke vilkår for å få godkjenning, jf. § 3. Når disse vilkårene er oppfylt har den private virksomheten rett til å få en godkjenning. Formålet med å stille disse kravene er å sikre at de som tilbyr spesialisthelsetjenester mot statens betaling, foretar nødvendig rapportering og ivaretar krav som gjelder for helsehjelp som ytes på det offentlige bekostning. Godkjenningen kan etter § 10 trekkes tilbake dersom det foreligger brudd på vilkårene i den nevnte forskriften eller en tilsynsmyndighet har avgjort at den godkjente virksomheten bryter krav etter helselovgivningen. Dersom den godkjente virksomheten oppfyller vilkårene i den nevnte forskriften vil virksomheten kunne ha en forventning om at de vil kunne beholde godkjenning i godkjenningsperioden.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 og forskrift om private virksomheters spesialisthelsetjenester at de private leverandører ikke er forpliktet til å yte de aktuelle spesialisthelsetjenestene i godkjenningsperioden. De kan si fra seg godkjenningen, jf. nevnte forskrift § 5 fjerde ledd. Godkjenningen har således ikke preg av å være et gjensidig bebyrdende forhold.

For de private godkjente leverandørene er den økonomiske virkningen av lovendringene at de ikke lenger kan tilby særskilte angitte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten i hele godkjenningsperioden. Det kan reises spørsmål om virksomhetene har en berettiget forventning om at de i hele godkjenningsperioden skal få betaling fra staten for ytelse av særskilte angitte spesialisthelsetjenester. Departementet vil i denne forbindelse vise til at det er departementet som bestemmer hvilke tjenester som omfattes av ordningen og fastsetter prisen på tjenestene. Det følger av forskriften § 5 tredje ledd at departementet kan beslutte at godkjenninger knyttet til å levere tjenester som blir faset ut av ordningen skal opphøre fra et tidligere tidspunkt enn etter fem år dersom dette er nødvendig av vektige grunner, herunder hensynet til konsekvenser for samlet kapasitet i helsetjenesten, geografisk fordeling av helsetjenester og tilgang til helsepersonell.

Dersom tjenester som virksomheten er godkjent for, fases ut av ordningen, vil det innebære at virksomheten ikke lenger vil kunne levere slike tjenester mot betaling fra staten. I slike tilfeller vil godkjenningen ikke lenger utløse noen rettigheter og heller ikke ha noen verdi.

Departementet vil peke på at kravet til «vek-tige grunner» er svært vidt og gir et stort handlingsrom for departementet. Departementet har i tillegg adgang til å fastsette prisen for tjenestene som omfattes av ordningen. En endring i prisfastsettelsen vil kunne ha store konsekvenser for den godkjente virksomheten. Dette innebærer at de godkjente virksomhetene må forholde seg til en viss usikkerhet og ikke kan disponere i full trygghet om å beholde godkjenningen uendret ut perioden.

Selv om avviklingen av godkjenningsordningen ikke er hjemlet i den nevnte forskriftshjemmelen, vil den redusere den berettigede forventningen aktørene har om å fullføre femårsperioden og dermed kunne være et moment i vurderingen.

Det var også stor politisk uenighet om innføringen av godkjenningsordningen og det var derfor en sannsynlighet for at et politisk skifte ville føre til endringer eller bortfall av ordningen. Dette er en ytterligere usikkerhet som virksomheten må forholde seg til.

For de godkjente virksomheter vil bortfallet av godkjenningen for å levere spesialisthelsetjenester mot en fastsatt pris, kunne få konsekvenser for virksomhetens inntjening. For enkelte virksomheter vil inntekten fra godkjenningsordningen utgjøre en stor andel av de totale inntektene i virksomheten.

De foreslåtte endringer griper imidlertid ikke inn i leverandørenes adgang til å drive virksomhet. De private godkjente leverandørene kan fortsette sin virksomhet mot betaling fra privatpersoner eller forsikringsselskaper. I tillegg kan de delta i anbudsrunder for levering av spesialisthelsetjenester til de regionale helseforetakene. Flere av de godkjente virksomhetene har allerede avtaler med regionale helseforetak. Enkelte virksomheter kan også ha tilbud som faller inn under kommunalt ansvar, og kan dermed også potensielt inngå avtaler med kommuner. I tillegg skal det påpekes at leverandørene ikke er garantert inntekter fra staten selv om de er godkjent for å yte tjenester i ordningen. Leverandørene er avhengige av at pasienter velger å motta behandling hos dem. Dette innebærer at virksomhetene også må forholde seg til usikkerhet knyttet til inntjeningen, selv om de har en godkjenning for å levere særskilte angitte spesialisthelsetjenester mot en fastsatt pris.

Etter departementets vurdering gir ikke godkjenningen de private leverandørene vern mot framtidige inngrep. Bakgrunnen for avviklingen av godkjenningsordningen er blant annet at ordningen ikke har virket etter hensikten og at den

gir uønskede virkninger. Det vises til nærmere omtale av disse forholdene under punkt 5.3. Departementet mener således det er gode, saklige og vektige grunner for å oppheve godkjenningsordningen.

Som det fremgår under punkt 5.3 har departementet vurdert om man heller skal fase ut enkelte tjenester, men mener det vil gi bedre forutsigbarhet for de private leverandørene dersom ordningen avvikles for alle tjenester samtidig. Videre ønsker departementet å avvente Stortingets behandling av de foreslåtte lovendringene.

Tidspunktet for avvikling av ordningen vil tidligst skje 1. januar 2023. Dette tidspunktet ble varslet i høringsnotatet som ble sendt de godkjente virksomhetene 1. april 2022. De private leverandørene har således hatt tid på å innrette

seg på avviklingen. Videre er det lagt opp til en overgangsordning slik at pasienter som har startet opp en behandling hos leverandøren før avvikling av ordningen kan fortsette behandlingen inntil den er avsluttet, likevel ikke for helsehjelp som ytes etter tolv måneder etter tidspunktet for avviklingen. Belastningen ved inngrepet i gitte tillatelser fremstår ikke etter departementets vurdering som mer tyngende enn det som på en lang rekke andre områder må aksepteres. Etter departementets vurdering vil det ikke være «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning i strid med Grunnloven § 97 å oppheve godkjenningen, selv om godkjenningsperioden for den enkelte private leverandøren ikke er utløpt.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det legges opp til at Kongen bestemmer ikrafttredelse av de foreslåtte lovendringene. Dersom Stortinget slutter seg til en avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg, vil departementet ta sikte på at dette skal skje fra 1. januar 2023. Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg vil blant annet ha konsekvenser for pasienter, for godkjente leverandører, for den offentlige spesialisthelsetjenesten og for den sentrale helseforvaltningen.

Avvikling av godkjenningsordningen vil ikke ha bevilgningsmessige konsekvenser for de regionale helseforetakene. De finansierer pasientbehandling som er omfattet av ordningen over sine ordinære driftsbevilgninger, i tråd med sitt sørge for-ansvar. Det vises til tabell 3.2 under punkt 3.2 for en oversikt over utbetalte refusjoner for pasientbehandling i fritt behandlingsvalg-ordningen. En avvikling innebærer derfor at midlene de regionale helseforetakene i dag bruker på pasientbehandling i denne ordningen, kan omprioriteres til pasientbehandling i egenregi eller gjennom kjøp fra private aktører gjennom anbud. Departementet understreker at avviklingen ikke innebærer en omprioritering av innsats mellom tjenesteområder, herunder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering. Det kan være forskjeller i kostnadsnivået mellom de godkjente virksomhetene og offentlige sykehus. Det er ikke mulig å anslå om avviklingen legger til rette for mer, mindre eller like mye pasientbehandling når denne skal utføres i egenregi eller gjennom anbud. Dette vil bl.a. avhenge av type behandling og varigheten for de ulike typene behandling.

Enkelte av høringsinstansene, blant annet *Regelrådet* og *NHO*, peker på at konsekvenser for næringslivet ved avvikling av godkjenningsordningen ikke er tilstrekkelig utredet. Departementet viser til at de godkjente private virksomhetene i ordningen ved en avvikling ikke lenger kan yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, med mindre de regionale helseforetakene anskaffer tjenester av de samme virksomhetene gjennom avtale. Det er de regionale helseforetakene som vurderer hvilke tjenester som settes ut på

anbud, og i hvilket omfang. Refusjonene til de godkjente virksomhetene knyttet til pasientbehandling utført innenfor godkjenningsordningen utgjorde om lag 500 millioner kroner i 2021. Refusjonene har økt betydelig hvert år, i takt med at flere virksomheter har blitt godkjent og aktiviteten i ordningen har økt. På bakgrunn av tall per første tertial 2022 er omfanget av refusjonene ventet å øke også i 2022. Disse inntektene vil falle bort ved en avvikling av godkjenningsordningen. Det vises til punkt 7, hvor det fremheves at de private godkjente leverandørene kan fortsette sin virksomhet mot betaling fra privatpersoner eller forsikringsselskaper. I tillegg kan de delta i anbudsrunder for levering av spesialisthelsetjenester til de regionale helseforetakene. Flere av de godkjente virksomhetene har allerede avtaler med regionale helseforetak. Enkelte virksomheter kan også ha tilbud som faller inn under kommunalt ansvar, og kan dermed også potensielt inngå avtaler med kommuner. Etter departementets vurdering er det ikke mulig å forutse i hvilken grad og på hvilken måte dagens godkjente aktører vil kunne erstatte inntektene de har i dag gjennom alternative kilder. Det vil delvis avhenge av forhold som virksomhetene selv rår over, som kvaliteten på tjenestene de tilbyr, kostnadsnivået deres, risikovilje og evnen til å tiltrekke seg kvalifisert personell. Videre vil det delvis avhenge av forhold de ikke selv rår over, som etterspørselen etter tjenestene de tilbyr fra regionale helseforetak, privatpersoner, forsikringsselskap mv. og graden av konkurranse i markedet.

Et sentralt mål med innføringen av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg i 2015, var at de offentlige sykehusene skulle stimuleres til å bli mer effektive som følge av økt konkurranse. Det ble videre understreket at kjøp av tjenester gjennom anbud fremdeles skulle være det primære virkemiddelet for kjøp av spesialisthelsetjenester. Det ble begrunnet med at anskaffelser etter lov om offentlige anskaffelser er det mest effektive virkemidlet for å avdekke det beste forhold mellom pris og kvalitet. Evalueringen av fritt behandlingsvalg (Kaarbøe, Lindén, Ervik, Holmås, Iversen, Hagen m.fl., 2021) finner ikke at

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

ordningen har ført til økt effektivitet i de offentlige sykehusene. Tvert imot har godkjenningsordningen medført redusert kostnadskontroll og mulighet til styring av ressursbruken for de offentlige sykehusene. Etter departementets vurdering foreligger det ikke holdepunkter for at en avvikling av godkjenningsordningen vil påvirke kostnadseffektivitet i spesialisthelsetjenesten i vesentlig grad.

Sentrale oppgaver i forvaltningen av godkjenningsordningen er søknads- og klagebehandling, oppfølging av leverandører, informasjon til pasienter, fastleger og leverandører, fastsetting av priser, mottak av aktivitetsdata og økonomiske oppgjør. Helfo har ivaretatt de fleste av disse oppgavene. Helsedirektoratet har blant annet fastsatt prisene i ordningen og utredet og gitt råd om innfasing av nye tjenester. Avvikling av godkjenningsordningen innebærer at de ressursene som i dag brukes på disse oppgavene etter hvert kan omprioriteres

til andre områder. I statsbudsjettet for 2015 ble det bevilget 20 mill. kroner til Helsedirektoratet til forvaltning og IKT som følge av ordningen med fritt behandlingsvalg. Bevilgningen er videreført i påfølgende budsjettår. Disse midlene er imidlertid ikke knyttet til administrasjon av fritt behandlingsvalg alene, men er også knyttet til blant annet utvikling og forvaltning i forbindelse med fristbruddordningen og ordningene for utenlandsbehandling. Det er foreslått å redusere bevilgningen til Helsedirektoratet med 5 mill. kroner i 2023 knyttet til avvikling av godkjenningsordningen, jf. Prop. 1 S (2022–2023) fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved en avvikling av godkjenningsordningen vil det være behov for å videreføre oppgjørsordningen over kap. 740, post 72 i en periode på minst fire år. Det vises til omtale under punkt 6.2.

9 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til endringene i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 4-3

Bestemmelsen oppheves.

Det følger av lovforslaget del III nr. 2 at staten fortsatt skal yte betaling i samsvar med bestemmelsene som er gitt i medhold § 4-3 for helsehjelp som er påbegynt før denne lovs ikrafttreden og inntil den påbegynte helsehjelpen er avsluttet i en overgangsperiode på tolv måneder etter at bestemmelsen oppheves.

Med «påbegynt» helsehjelp menes at helsehjelpen som pasienten skal motta av den godkjente virksomheten, faktisk har startet opp før avviklingstidpunktet. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Helsehjelp er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c definert som: «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell».

Det i lovforslaget del III nr. 3 gitt en hjemmel for departementet til gi forskrifter med nærmere overgangsbestemmelser.

Til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 2-4 andre ledd

I bestemmelsen andre ledd første setning er det gjort tekniske endringer. I bestemmelsen andre ledd andre setning er alternativet «virksomhet

som er godkjent etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven» fjernet. Endringen innebærer at pasienter ikke lenger vil ha rett til å velge virksomheter som er godkjent etter forskrift 29. oktober 2015 nr. 1232 om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling. Pasienter vil fortsatt ha rett til å velge mellom virksomheter som eies eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Til § 2-6 første ledd

I bestemmelsen første ledd første setning er det gjort en teknisk endring. Reiser til spesialisthelsetjenester som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 fjernes fra bestemmelsen. Endringen er en følge av at godkjenningsordningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 foreslås avviklet.

Det følger av lovforslaget del III nr. 2 at staten fortsatt skal yte betaling i samsvar med bestemmelser gitt i medhold § 4-3 for helsehjelp som er påbegynt før denne lovs ikrafttreden og inntil den påbegynte helsehjelpen er avsluttet i en overgangsperiode på tolv måneder etter at spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 oppheves. For å sikre at pasienter får stønad til dekning av reiseutgifter til og fra spesialisthelsetjenester som omfattes av overgangsordningen, tar departementet sikte på å sette ikraft endringen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 når overgangsperioden er utløpt.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
(avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

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

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

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

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. oppheves § 4-3.

II

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

§ 2-4 overskriften skal lyde:

Rett til valg av behandlingssted

§ 2-4 andre ledd skal lyde:

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-1 b andre ledd, kan velge ved *hvilken virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasientens rett til å velge etter første punktum omfatter kun virksomheter som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak.*

§ 2-6 første ledd første punktum skal lyde:

Pasienten og ledsageren har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av helseforetak etter *helseforetaksloven*.

III

1. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.
2. For helsehjelp som er påbegynt før loven del I trer i kraft, yter staten betaling i samsvar med bestemmelser gitt i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 inntil den påbegynte helsehjelpen er avsluttet, likevel ikke for helsehjelp som ytes senere enn tolv måneder etter ikrafttredelse av denne loven.
3. Departementet kan gi forskrifter med nærmere overgangsbestemmelser.



