

Status for Fritt behandlingsvalg

Desember 2017

Publikasjonens tittel: Status for Fritt behandlingsvalg – desember 2017

Utgitt: Desember 2017

Rapportnummer IS-2681

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Økonomi og analyse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Ansvarlig: Beate M Huseby, avdelingsdirektør

Forfattere: Lars Rønningen
Barbra Schjoldager Frisvold

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	6
1. OMFANG AV TJENESTEYTERE	10
1.1 Informasjon om bruk av anbud	10
1.1.1 Budsetterte økonomiske rammer for anbudsavtaler	10
1.1.2 Aktivitet ved private kommersielle sykehus	11
1.2 Søknader og leverandører innen godkjenningsordningen	12
2. AKTIVITET OG BRUK AV FRITT BEHANDLINGSVALG	16
2.1 Velg behandlingssted	16
2.1.1 Kjennskap til rettigheten fritt behandlingsvalg og tjenesten Velg behandlingssted	17
2.1.2 Bruken av fritt behandlingsvalg	18
2.1.3 Bruk av informasjonstjenesten	18
2.1.4 Besøk på nettsiden	19
2.1.5 Antall telefonhenvendelser	19
2.2 Aktivitet innen godkjenningsordningen i FBV	20
2.2.1 Aktivitetsdata fra KUHR	20
2.2.2 Aktivitetsdata fra NPR	28
3. KOSTNADER	30

INNHold

4. LEVERANDØRERFARINGER	32
4.1 Leverandørenes erfaringer vedrørende pasienter som har vært til behandling	32
4.2 Erfaringer vedrørende rapportering av data fra FBV-leverandører	33
4.2.1 Vurderinger fra Helfo	33
4.2.2 Vurderinger fra NPR	33
4.3 Om utfordringer med forståelse av retningslinjer om henvisning, inntak og utskrivning	34
4.4 Problemstillinger vedrørende inklusjon/eksklusjon i FBV-tjenester	34
4.4.1 Intensiv habilitering av barn og unge	35
4.4.2 Pasienter som fyller 18 år under oppholdstiden	35
4.5 Andre erfaringer	35
5. ADMINISTRATIVE OG FORVALTNINGSMESSIGE FORHOLD	36
5.1 Utvidelse av fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted	36
5.2 Informasjonstiltak	36
5.3 Andel oppdaterte ventetider	37
5.4 Godkjenningsordningen	37
5.4.1 Dialog med hovedorganisasjonene og RHF	37
5.4.2 Søknader, godkjenning og oppfølging	38
5.4.3 Følge-med oppgaver	38
5.4.4 Innfasing og justering av tjenester	38

INNLEDNING

Fritt behandlingsvalg (FBV) ble etablert 1. november 2015, og omfatter ordninger (Fritt sykehusvalg) og tiltak (økt bruk av anbud og avvikling av aktivitetsbestillingen) som hadde eksistert før oppstart av FBV. I tillegg ble det mulig for private tilbydere uten avtale med regionalt helseforetak (RHF) å utføre tjenester finansiert av det offentlige gjennom godkjenningsordningen. Målene med FBV er beskrevet å være:

- reduserte ventetider
- økt valgfrihet for pasientene
- stimulering til økt effektivitet i offentlige sykehus

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere et følge med opplegg for FBV for å kunne «... gi mer løpende informasjon om utvikling i sentrale størrelser relevant for ordningen.».

I 2017 ble Velg behandlingssted utvidet med en rekke nye behandlinger innen habilitering og rehabilitering etter en lovendring som trådte i kraft 1. juli. Med endringen ble private rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i fritt behandlingsvalg, offentlige og private tilbud ble vist på Velg behandlingssted og tjenesten intensiv habilitering av barn og unge ble inkludert i godkjenningsordningen.

Rapporten gir en beskrivelse av tilbud, aktivitet, kostnader og erfaringer med ulike tiltak og ordninger innen Fritt behandlingsvalg. Det er ikke gitt like utførlige omtaler av alle tema og deler av FBV, noe som til dels skyldes mangelfullt (oppdatert) data- eller informasjonsgrunnlag. Rapporten gir imidlertid en fremstilling av de data vi per i dag har for ulike deler av Fritt behandlingsvalg.

Helfo har bidratt med tekstlige innspill i kapittel 4 om leverandørerfaringer og kapittel 5 om administrative og forvaltningsmessige forhold.

INNLEDNING

SAMMENDRAG

Fritt behandlingsvalg (FBV) ble innført 1. november 2015 og omfattet flere tiltak og ordninger, herunder både noe nytt, som godkjenningsordningen, og noe som har eksistert i flere år (Fritt sykehusvalg). Følge-med rapporter for FBV skal gi informasjon om utviklingen i de ulike delene av ordningen.

En undersøkelse våren 2017 om befolkningens kjennskap vedrørende retten til fritt behandlingsvalg og informasjonstjenesten Velg behandlingssted viste at hele 84 prosent var klar over ordningen med fritt behandlingsvalg og 54 prosent svarte at de kjente til nettsiden Velg behandlingssted. Besøkstallene for denne nettsiden var gjennomgående høyere i 2017 sammenlignet med 2016, og omtrent på samme nivå som i 2015. Antall telefonhenvendelser til 800 HELSE og pasientrådgiverne på den annen side var noe lavere i 2017 enn i 2016.

Det foreligger ikke kvantitative data om befolkningens bruk av retten til fritt behandlingsvalg, da dette ikke direkte fremkommer av aktivitetsdata fra Norsk pasientregister. Informasjon om dette må derfor foreløpig komme fra andre kilder, som pasienterfaringsundersøkelsene. I den siste undersøkelsen i 2015 oppga 33 prosent av pasientene at de selv valgte sykehuset de ble innlagt på.

Ett av tiltakene i fritt behandlingsvalg var å signalisere til de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å kjøpe mer kapasitet fra private gjennom bruk av anbud. De budsjetterte økonomiske rammene til RHF-ene for kjøpsavtaler med private aktører økte nominelt med 2,5 prosent fra 2016 til 2017, mot en vekst på 5,2 prosent året før. Dette tilsier derfor et tilnærmet uendret beløpsmessig nivå på kjøpsavtaler med private. Aktivitetsdata for somatiske tjenester (DRG-poeng) hos private kommersielle aktører var omtrent uendret fra 2015 til 2016, mens estimert nivå for 2017 indikerer et noe høyere nivå sammenlignet med 2016.

Ved innføringen av fritt behandlingsvalg ble det også åpnet for at private aktører kunne behandle pasienter for statens regning uten at de hadde avtale med et regionalt helseforetak. Denne ordningen benevnes Godkjenningsordningen og omfatter definerte tjenester innen rusbehandling (TSB), psykisk helsevern, utvalgte somatiske områder og fra 1. juli 2017 også en habiliteringstjeneste for barn og unge. De private aktørene må gjennom en godkjenningsprosess før de kan tilby behandling av pasienter. Antall søknader for å bli godkjent var høyest i 2016, og har etter det avtatt i

SAMMENDRAG

nivå. I medio oktober 2017 var det flest godkjente aktører for somatiske tjenester (22), etterfulgt av psykisk helsevern (12) og TSB (8). Det har også blitt godkjent 1 privat aktør for tjenesten intensiv habilitering. Det er imidlertid en skjev geografisk fordeling av de godkjente aktørene med 29 i Helse Sør-Øst, 8 i Helse Vest og kun 1 i både Helse Midt-Norge og i Helse Nord. Dette påvirker i neste omgang den geografiske fordelingen av aktivitet ut fra pasientens bosted.

Aktiviteten i godkjenningssystemet måles både i antall pasienter og antall regninger. En regning er identisk med et oppholdsdøgn i TSB og psykisk helsevern, mens det er en utredning eller dagkirurgisk behandling i somatikken. For TSB og somatiske tjenester har det vært en økning i antall pasienter fra 2016 til 2017. Dette gjelder selv om vi kun inkluderer de to første tertialene i 2017. For TSB var det 153 pasienter i hele 2016, mens det etter 2. tertial i 2017 allerede var 171 pasienter. Prognosen for 2017 tilsier et årstall på om lag 250 pasienter. Innen somatiske fagområder var det drøyt 1 800 pasienter i 2016, og dette hadde økt til om lag 2 680 pasienter de to første tertialene i 2017. For dette området er prognosen for 2017 om lag 4 000 pasienter. Når det gjelder psykisk helsevern var det i 2016 132 pasienter i godkjenningssystemet, og per 2. tertial i 2017 var nivået 122 pasienter. Prognosen for 2017 er om lag 145 pasienter, som er noe høyere enn nivået i 2016.

For psykisk helsevern og somatiske tjenester er det i stor grad pasienter bosatt i Helse Sør-Øst som benytter tilbudet i ordningen. For somatiske tjenester er det kun et fåtall pasienter utenfor Helse Sør-Øst. For rusbehandling (TSB) er det flest pasienter fra Helse Vest, og et mindre antall i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Aktiviteten i godkjenningssystemet medførte utbetalinger av refusjoner på om lag 75 millioner kroner per 2. tertial 2017. Dette gir en prognose for hele 2017 på nær 115 millioner kroner, sammenlignet med nær 60 millioner kroner i 2016. Det er aktiviteten innen TSB som er grunnlaget for den største utbetalingen, og hvor prognosen for 2017 er på om lag 60 millioner kroner. For psykisk helsevern er tilsvarende tall drøyt 40 millioner og for somatiske tjenester om lag 10 millioner kroner.

Det er indikasjoner på at aktørene og fagmiljøene har fått økt kjennskap til godkjenningssystemet i FBV siste år, og dette merkes særlig ved at Helfo i større grad enn tidligere får spørsmål og andre henvendelser om ordningen. Helfo melder også at de mottar lite klager fra tjenesteleverandører og

SAMMENDRAG

pasienter eller pårørende, noe som også var erfaringen i 2016. Det som imidlertid har vært en utfordring for en del tjenesteleverandører i godkjenningsordningen er innrapportering av aktivitetsdata. Aktørene skal både sende inn refusjonskrav til Helfo (KUHR) og aktivitetsdata til Norsk pasientregister. I 2016 var det særlig rapporteringen til NPR som skapte utfordringer for noen aktører, og som medførte innføringen av et krav om testrapportering før en godkjent FBV-leverandør ble valgbar for pasientene. Dette har medført en bedring i komplettethet for rapportering i 2017, men det er fortsatt for stort avvik i rapportert aktivitet i NPR versus KUHR.

Forskningsrådet fikk i 2016 i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg over tre år. Evalueringen skal belyse hvordan fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene for ordningen som reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulans til de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Det er HELED ved Universitetet i Oslo som har prosjektledelsen for evalueringen. For mer informasjon se www.forskningsradet.no.

SAMMENDRAG

1. OMFANG AV TJENESTEYTERE

1.1 Informasjon om bruk av anbud

Økt bruk av anbud skal være det viktigste virkemiddelet for RHF-enes kjøp av kapasitet hos private aktører. Aktivitet i godkjenningsordningen skal derfor primært være et tillegg til de regionale helseforetakenes bruk av anbudsinstituttet. For å undersøke om de regionale helseforetakene følger opp med økt bruk av de private vil vi både se på tall for budsjetterte rammer til anbud og på aktiviteten hos private kommersielle sykehus. For sistnevnte har vi imidlertid kun med somatiske tjenester. Det er likevel viktig å få med begge datakildene da det er mulig å tenke seg tilnærmet uendrede økonomiske rammer i kombinasjon med økt aktivitet, f.eks ved at RHF-ene har fremforhandlet bedre avtaler.

1.1.1 Budsjetterte økonomiske rammer for anbudsavtaler

De budsjetterte økonomiske rammene til RHF-ene for kjøp av tjenester fra private aktører, her avgrenset til kjøpsavtaler, var i 2017 på litt over 6,2 mrd kroner. Det var en nominell økning på 2,6 prosent fra 2016, hvilket var noe lavere enn veksten året før (5,1 prosent). Tabell 1 viser at det var Helse Vest som hadde sterkest prosentvis vekst i 2015-16, mens det året etter var Helse Nord som hadde sterkest vekst med nær 11 prosent.

Tabell 1 viser også budsjettert økonomisk ramme til kjøpsavtaler i 2017 relativ til befolkningsgrunnlaget i regionene. Det er Helse Sør-Øst som har det høyeste nivået i 2017 med 1,32 mill kroner per 1000 innbyggere, mens Helse Vest ligger i andre enden med 0,93.

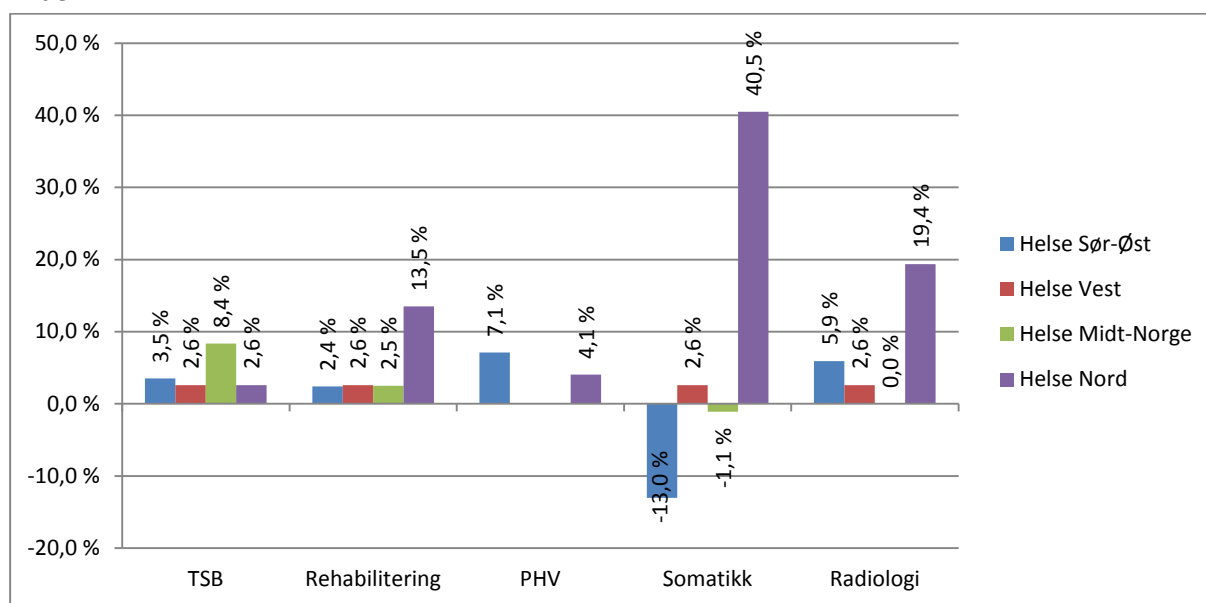
Tabell 1 Samlet økonomisk ramme for anbud for hvert RHF i 2015-2017. Mill kroner. Kilde: RHF

	2015	2016	2017	Pst endring 2015-2016	Pst endring 2016-2017	Øk. ramme (mill kr) per 1000 innb. i 2017
Helse Sør-Øst	3 747	3 849	3 902	2,7 %	1,4 %	1,32
Helse Vest	841	1 005	1 032	19,5 %	2,6 %	0,93
Helse Midt-Norge	702	710	732	1,1 %	3,2 %	1,01
Helse Nord	478	498	551	4,2 %	10,7 %	1,14
Samlet	5 768	6 062	6 217	5,1 %	2,6 %	1,18

I figur 1 vises prosentvis endring i RHF-enes budsjetterte rammer for kjøp av tjenester fra private per tjenesteområde fra 2016 til 2017. Som det fremgår av figuren så er det stor prosentvis endring for enkelte tjenesteområder i noen RHF, men dette kan til dels knyttes til relativt små størrelser. Dette gjelder eksempelvis den økte rammen for somatikk i Helse Nord på om lag 40 prosent som skyldes en økning fra 22 mill til 31 mill kroner fra 2016 til 2017. Når det gjelder tjenesteområder hvor stor prosentvis endring også kan kobles til en større endring i budsjettet vil dette f.eks være for rehabilitering i Helse Nord med 13,5 prosent (økning på 30 mill kroner) og reduksjon på 13 prosent for somatiske tjenester i Helse Sør-Øst (tilsvarende 66 mill kroner).

Figur 1 Prosentvis endring (nominelt) i budsjetterte rammer per tjenesteområde fra 2016 til 2017.

Kilde: RHF.



1.1.2 Aktivitet ved private kommersielle sykehus

Et alternativt bilde for å se på utviklingen i bruk av anbud med private aktører er å undersøke om aktiviteten ved private sykehus har endret seg de siste årene. Det kan tenkes at det gjennom gode anbudprosesser inngås avtaler om større volum innenfor samme økonomiske ramme. Vi har sett på utviklingen i den offentlig finansierte aktiviteten (DRG-poeng) hos private kommersielle aktører i perioden 2014-2017.¹

Figur 2 viser antall DRG-poeng for gruppen private kommersielle aktører i årene 2014-2017. Det gjøres årlige endringer i vektsettet og regler for ISF, noe som medfører at DRG-poeng mellom år ikke nødvendigvis er helt sammenlignbare. I figur 2 er det tatt utgangspunkt i registrerte DRG-poeng, men

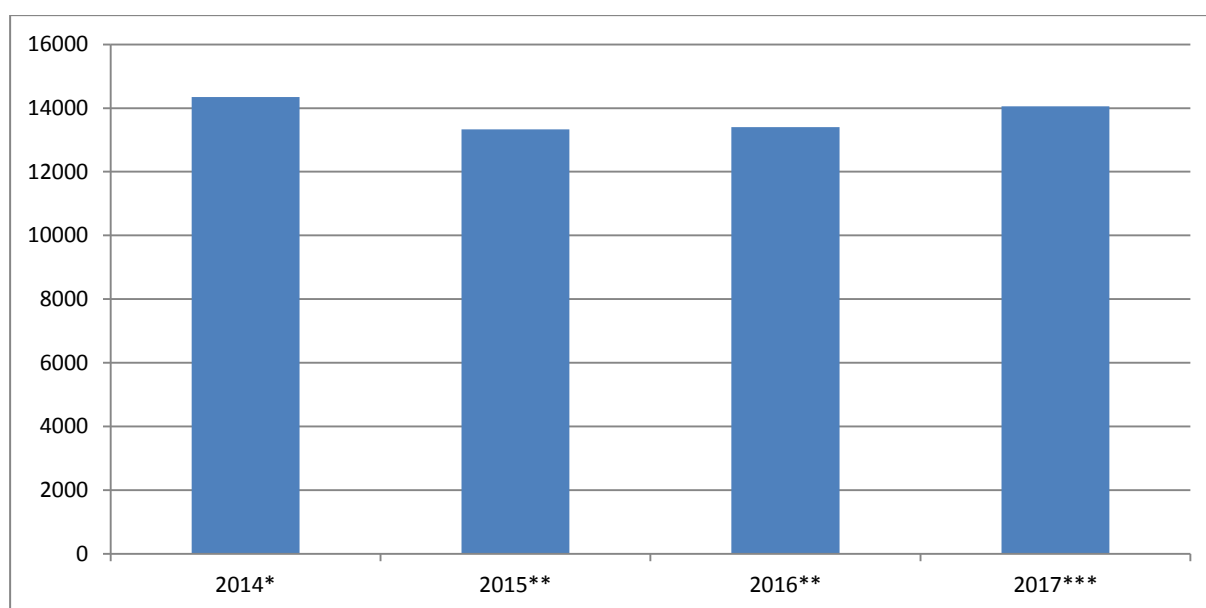
¹ Dette omfatter kun somatiske virksomheter. Med kommersielle aktører menes eksempelvis enheter i Aleris, Volvat, Teres, samt Ringvoll Klinikken AS og Medi 3 AS for å nevne noen.

i tillegg korrigert 2014-2016 for å ta hensyn til innføring og økt dagkirurgitillegg i perioden. Antall DRG-poeng for 2017 er en prognose med basis i data per 2. tertial (januar-august).

Basert på antall DRG-poeng har det vært et relativt stabilt nivå på bruken av private kommersielle sykehus de siste årene, men med en antydning til noe høyere nivå i 2017 enn de to foregående årene. Det må imidlertid bemerkes at tallet for 2017 vil være beheftet med noe usikkerhet siden det er estimert med basis i data for de første 8 månedene.

Figur 2 Aktivitet ved private kommersielle sykehus målt med DRG-poeng. 2014-2017.

Kilde: NPR/Helsedirektoratet.



* DRG-poeng for 2014 er oppjustert med tilleggsvekt for dagkirurgi (15 prosent).

** DRG-poengene for 2015-2016 er oppjustert pga økt dagkirurgi-tillegg i 2017 (fra 10 til 15 prosent).

*** Årsestimat for 2017 basert på data per 2. tertial. Periodiseringsfaktor 0,6542.

1.2 Søknader og leverandører innen godkjenningsordningen

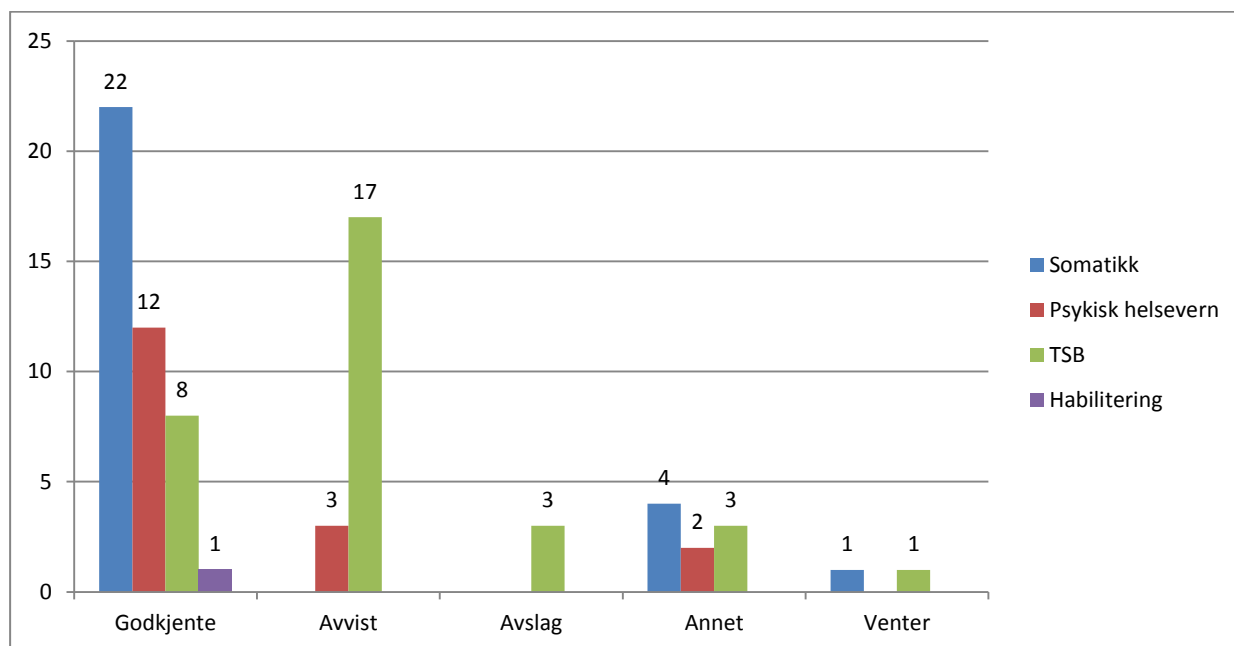
I godkjenningsordningen innen FBV må aktuelle leverandører søke om å bli godkjent for en eller flere FBV-tjenester. Kriteriene som må oppfylles gjelder blant annet om bemanning og kompetanse, tilsynsmulighet og rapporteringsevne. (Forskriften² angir dette nærmere). Det er derfor flere grunner til at søknader om godkjenning har blitt avvist eller avslått. Figur 3 viser omfanget av søknader siden oppstart i november 2015 som har blitt godkjent eller avslått, samt antall som ikke er avklart ennå. Det er fordelt mellom tjenesteområdene, og søknader som omfatter f.eks to tjenesteområder vil da telles to ganger.

² «Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten»

Det har blitt godkjent flest leverandører for somatiske tjenester, og det fremgår også av figuren at det ikke er avvist eller avslått søknader fra slike leverandører. Det er særlig søknader fra TSB-institusjoner som er avvist eller avslått. Det var to søknader som var til behandling medio oktober.

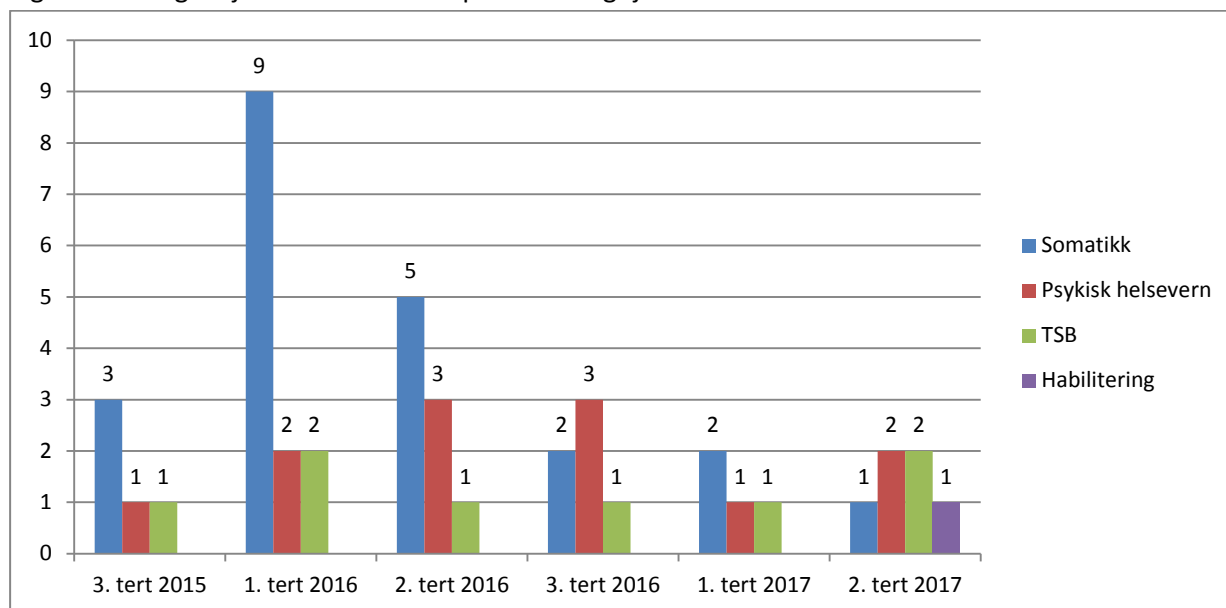
Figur 3 Antall søknader og resultatet av behandlingen i perioden november 2015 til oktober 2017.

Kilde: Helfo



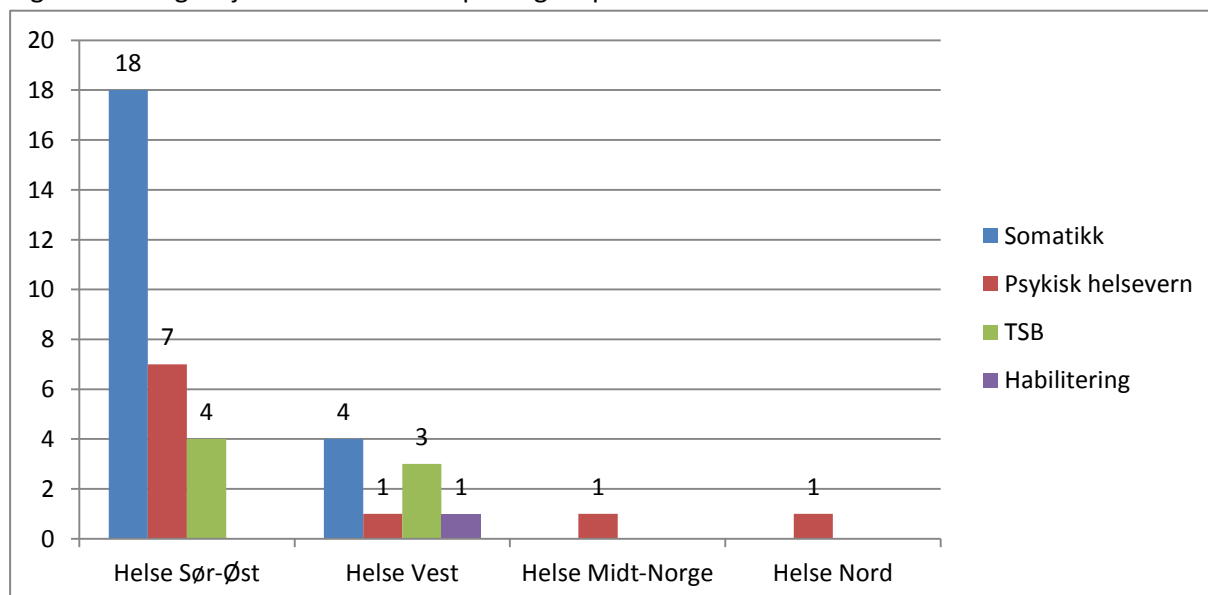
Figur 4 viser utviklingen over tid (tertial) på hvor mange leverandører som har blitt godkjent innen tjenesteområdene. For somatiske tjenester var det mange søkere som ble godkjent den første tiden etter oppstart i 2015, men som det fremgår av figurene har det gradvis blitt en reduksjon i nye søknader/tilbydere utover i 2016 og 2017. Det er færre godkjente søkere innen psykisk helsevern og TSB, men også for disse tjenesteområdene var det antydning til flere godkjente søkere i starten av perioden.

Figur 4 Antall godkjente leverandører per tertial og tjenesteområdet 2015-2017. Kilde: Helfo.



Det er i hovedsak i Helse Sør-Øst og til dels i Helse Vest de godkjente tjenesteleverandørene finnes, jf figur 5. I Helse Midt-Norge og Helse Nord er det i hver region kun en godkjent institusjon (innen psykisk helsevern).

Figur 5 Antall godkjente leverandører per region per oktober 2017. Kilde: Helfo.



Oppdatert oversikt for godkjente tjenesteleverandører finnes på nettsiden <https://helfo.no/helseaktor/fritt-behandlingsvalg/godkjente-fbv-leverandorer>.

2. AKTIVITET OG BRUK AV FRITT BEHANDLINGSVALG

Fritt behandlingsvalg omfatter som nevnt flere tiltak og tjenester:

- den mer generelle ordningen med pasientens rett til valg av behandlingssted (tidligere «Fritt sykehusvalg»),
- bruk av anbud og dermed aktivitet ved private aktører som har inngått avtale med RHF og
- godkjenningsordningen, hvor det ikke stilles krav om anbudsavtale, men godkjenning av Helfo

Aktivitet innen FBV vil dermed først beskrives på en helhetlig måte gjennom data for alle områdene. Det er imidlertid ikke tilgjengelige gode kvantitative data for alle disse.

Pasientens valg av behandlingssted registreres ikke på en entydig måte i aktivtetsdata, slik at der må vi benytte alternative og indirekte kilder. I foreliggende rapport benytter vi primært informasjon om bruk av nettsiden for Velg behandlingssted og telefonhenvendelser til 800Helse og pasientrådgiverne.

Det gis videre en beskrivelse av aktiviteten innen godkjenningsordningen i FBV.

2.1 Velg behandlingssted

Tjenesten Velg behandlingssted skal gi informasjon om tilbud ved alle behandlingssteder som er inkludert i rettigheten fritt behandlingsvalg. Velg behandlingssted består av nettsider på helsenorge.no, en pasientrådgivertjeneste på telefon og en administrasjonsløsning kalt Helsetjenestekatalogen. På nettsidene vises ventetider til en rekke undersøkelser og behandlinger ved offentlige behandlingssteder, private med avtale og private med godkjenning. Formålet med tjenesten er å gi pasienter grunnlag for å ta gode valg, og å gjøre retten til fritt behandlingsvalg reell.

I 2017 ble Velg behandlingssted utvidet med nye behandlinger innen habilitering og rehabilitering etter en lovendring som trådte i kraft 1. juli. Med endringen ble private rehabiliteringsinstitusjoner

inkludert i fritt behandlingsvalg, offentlige og private tilbud ble vist på Velg behandlingssted og tjenesten intensiv habilitering for barn og unge ble inkludert i godkjenningsordningen.

I mai og juni i 2017 gjennomførte de regionale helseforetakene i samarbeid med Helsedirektoratet en informasjonskampanje for Velg behandlingssted på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble laget en animasjonsfilm om tjenesten som ble spredd i sosiale medier. I forbindelse med kampanjen ble det gjort en nullpunkts- og effektmåling av kjennskapen til rettigheten og tjenesten. Det ble gjennomført en ny runde av kampanjen i november 2017, da med fokus på at retten til å velge behandlingssted nå også gjelder for rehabilitering.

2.1.1 Kjennskap til rettigheten fritt behandlingsvalg og tjenesten Velg behandlingssted

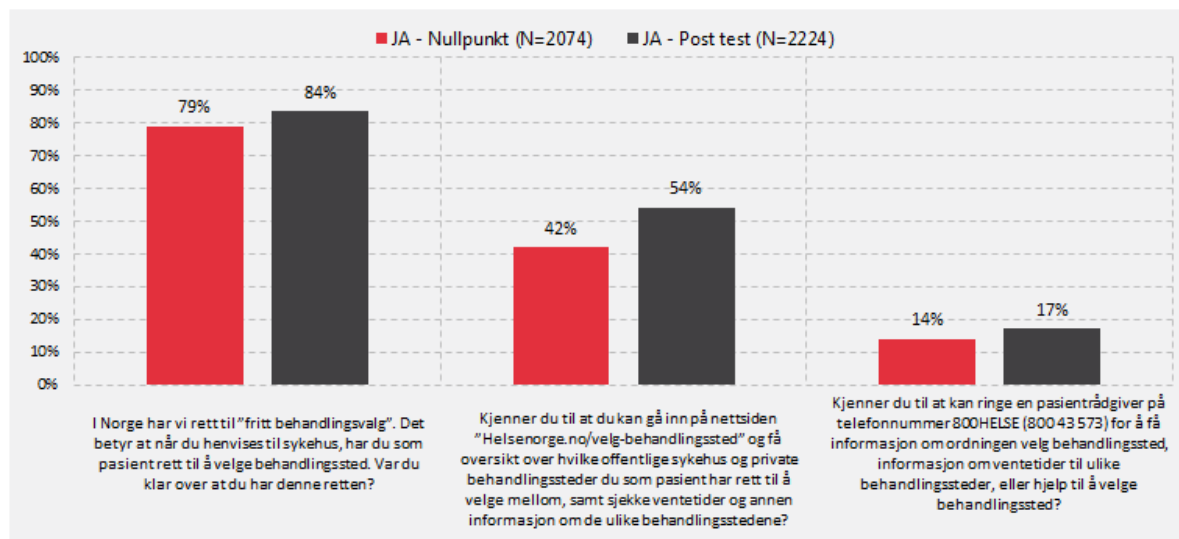
I forbindelse med gjennomføringen av informasjonskampanjen ble det våren 2017 gjort en undersøkelse om befolkningens kjennskap til henholdsvis retten til fritt behandlingsvalg og informasjonstjenesten Velg behandlingssted.³ Figur 6 viser at en andel på 84 prosent av respondentene oppgir i undersøkelsen etter at kampanjen er gjennomført (effektundersøkelsen) at de er klar over at de har rett til "fritt behandlingsvalg". Dette er en økning på 5 prosentpoeng fra nullpunktundersøkelsen.

En andel på 54 prosent av respondentene oppgir i effektundersøkelsen at de kjenner til at de kan gå inn på nettsiden "Helsenorge.no/velg-behandlingssted" og få oversikt over hvilke offentlige sykehus og private behandlingssteder man som pasient har rett til å velge mellom, samt sjekke ventetider og annen informasjon om de ulike behandlingsstedene. Dette utgjorde en økning på 12 prosentpoeng fra nullpunktundersøkelsen. 17 prosent oppga at de kjente til at de kan ringe en pasientrådgiver på telefonnummer 800HELSE (800 43 573) for å få informasjon om Velg behandlingssted, informasjon om ventetider til ulike behandlingssteder, eller hjelp til å velge behandlingssted. Dette er en økning på 3 prosentpoeng fra nullpunktundersøkelsen.

Kjennskapen til rettigheten og tjenesten stiger i takt med alder. Det er også flere som oppgir kjennskap blant dem som selv har blitt henvist til sykehus eller institusjon i løpet av de siste to år, enn blant dem som ikke selv har det.

³ Undersøkelsen ble gjennomført av Epinion AS på oppdrag fra Helse Vest i forbindelse med informasjonskampanje for Velg behandlingssted.

Figur 6 Befolkningens kjennskap til fritt behandlingsvalg med tilhørende informasjonstjenester. Per april og juni 2017. Kilde: Epinion.⁴



2.1.2 Bruken av fritt behandlingsvalg

Det foreligger ikke sikre tall på hvor mange pasienter som faktisk benytter seg av retten til å velge eller bytte sykehus. Det kan være mange grunner til at en pasient behandles ved et annet sykehus enn lokalsykehuset og i dag føres det ikke statistikk over hvem som har gjort aktive valg. For å få vite hvem som bevisst har valgt, må man derfor spørre pasientene. Riksrevisjonen gjorde en slik brukerundersøkelse blant ulike pasientgrupper i 2011 som viste at om lag 15 prosent i utvalget selv hadde valgt behandlingssted.⁵ Nyere tall finnes i pasienterfaringsundersøkelsene, men disse inneholder ikke like detaljert informasjon. Siste tilgjengelige undersøkelse ble gjort for døgnopphold i sykehus i 2015 og viser at 33 prosent oppgir at de selv har valgt det sykehuset de har vært innlagt ved.⁶

2.1.3 Bruk av informasjonstjenesten

Velg behandlingssted består av nettsider på helsenorge.no og en telefontjeneste bemannet av pasientrådgivere i de regionale helseforetakene, tilgjengelig via 800HELSE (800 43 573). Bruken av informasjonstjenesten kan gi en indikasjon på kjennskap til rettigheten og tjenesten i befolkningen.

⁴ Epinion oppgir følgende om undersøkelsene: «De to undersøkelsene er begge gjennomført som web-undersøkelser på et befolkningsrepresentativt web-panel. Begge undersøkelser er gjennomført med privatpersoner som er 18 år eller eldre, og utført med kvoteringer per av de fire regionale helseforetakene. ... Det er totalt 2074 besvarelser av nullpunkts undersøkelsen, og 2224 besvarelser av post test.»

⁵ Kilde: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/sykehusvalg.aspx>.

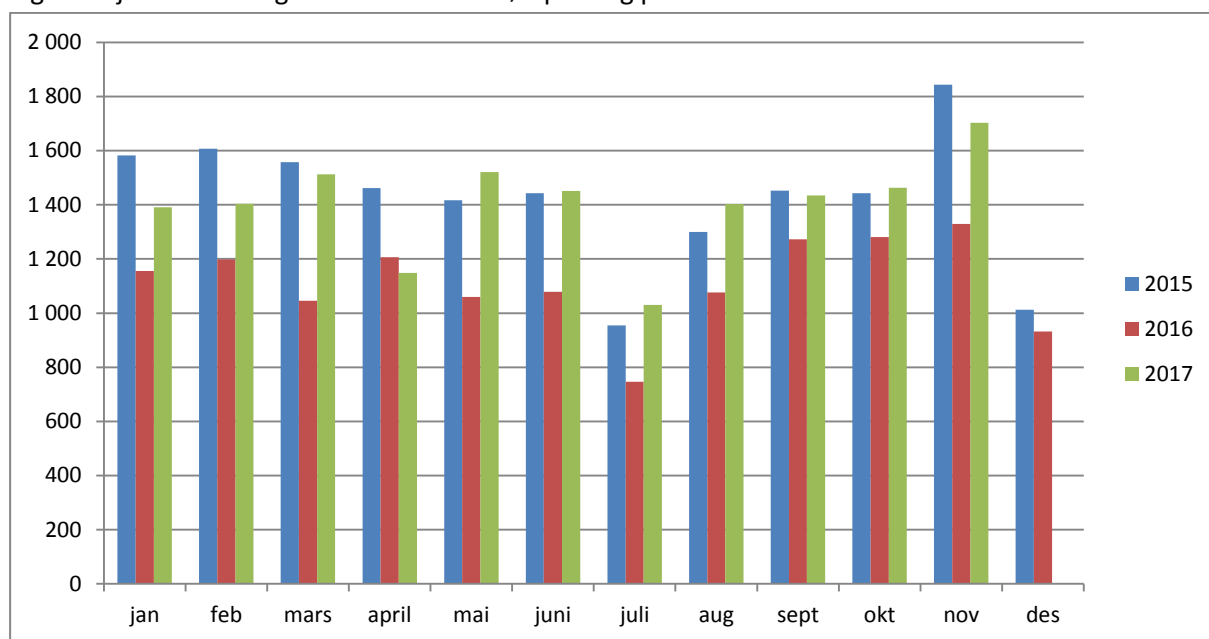
⁶ Kilde: PasOpp-rapport 2016:147

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse>

2.1.4 Besøk på nettsiden

Figur 7 viser antall besøk per dag i gjennomsnitt for hver måned de siste tre årene. Etter flere år med oppgang i antall besøk sank besøkstallene fra 2015 til 2016. I 2017 ser vi igjen en økning i besøkstallene. Dette kan henge sammen med økte besøkstall på helsenorge.no og at tjenesten Velg behandlingssted er blitt mer etablert og kjent. Informasjonskampanjene ser ut til å ha hatt noe effekt på besøkstallene i de ukene de pågikk, men det er ikke et helt entydig bilde på en mer langsiktig effekt på besøkstallene. Det er ellers sesongvariasjoner i bruk av tjenesten.

Figur 7 Gjennomsnittlig antall nettsidebesøk per dag per måned⁷. Kilde: Helsedirektoratet.



Merknad: Frem til og med oktober 2015 gjelder tallene frittsykehusvalg.no. Fra 1. november 2015 gjelder tallene helsenorge.no/velg-behandlingssted. Tallene for frittsykehusvalg.no inkluderer besøk knyttet til vedlikehold av tjenestetilbud og ventetider, dvs. besøk av pasientrådgivere og ventetidskoordinatorer som i dag benytter en egen administrasjonsløsning for vedlikehold av tjenestetilbud og ventetider. Besøkstallet for 2015 er derfor ikke direkte sammenlignbart med de senere årene. Antall henvendelser er delvis basert på manuell loggføring av tema og det er derfor knyttet usikkerhet til tallene.

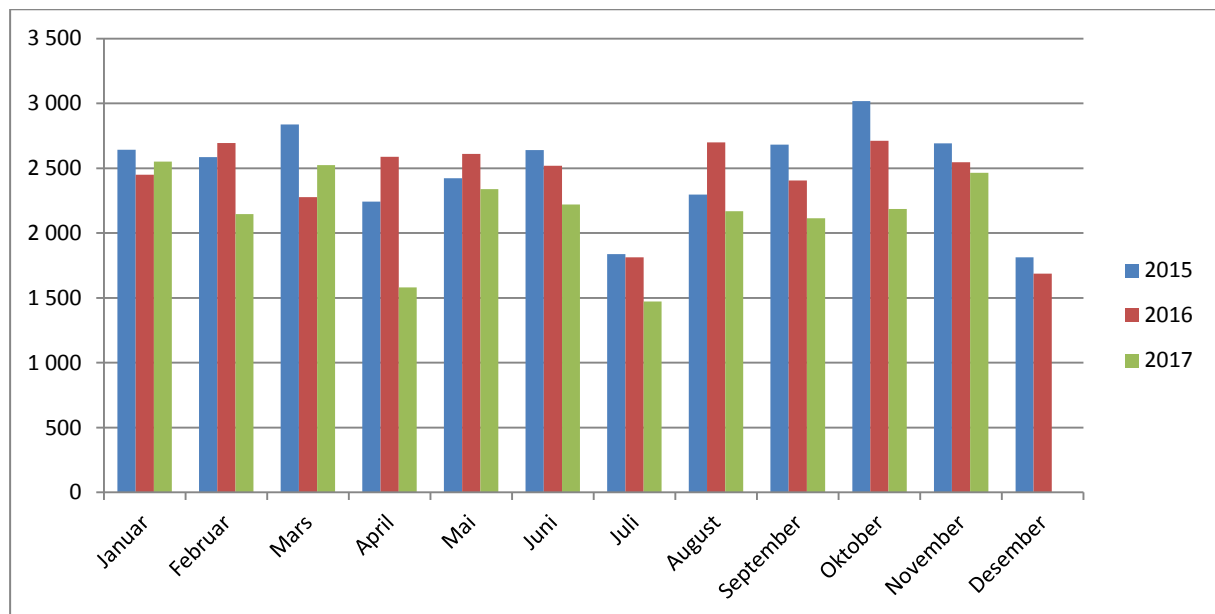
2.1.5 Antall telefonhenvendelser

Ved innføring av fritt behandlingsvalg ble 800 HELSE (800 43 573) 1. linjetjeneste og pasientrådgiverne 2. linjetjeneste. 800 HELSE er en felles inngangsport for innbyggere på telefon og skal avklare behov, veilede på nettsiden og svare på overordnede spørsmål om fritt behandlingsvalg. Pasientrådgiverne skal svare på mer detaljerte spørsmål og gi individuell veiledning. Pasientrådgiverne skal også veilede om andre tilbud i spesialisthelsetjenesten, som avtalespesialister og raskere tilbake.

⁷ På frittsykehusvalg.no (frem til 1. november 2015) og <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted> (fra 1. november 2015).

Figur 8 viser at antall telefonhenvendelser i stor grad er lavere i 2017 enn året før. I 2017 har antall henvendelser vært i området 2000-2500 per måned, med unntak av et lavere nivå i ferietider i april og juli. Nedgangen i antall telefonhenvendelser, samtidig med en oppgang i bruk av nettsidene de siste årene, kan dels tenkes å henge sammen med redusert behov for generell veiledning på grunn av forbedringer av innholdet og brukervennligheten på nettsiden.

Figur 8 Antall samtaler om Fritt behandlingsvalg besvart av 800HELSE og pasientrådgiverne.
Kilde: Helsedirektoratet.



Merknad: For 2015 viser grafen telefonhenvendelser til pasientrådgiverne i Fritt sykehusvalg/Velg behandlingssted. Fra 2016 viser grafen telefonhenvendelser om Velg behandlingssted besvart av 800HELSE og pasientrådgiverne i Velg behandlingssted.

2.2 Aktivitet innen godkjenningsordningen i FBV

Tjenesteleverandører innen godkjenningsordningen skal både rapportere data til Helfo (KUHR) som grunnlag for refusjonskrav, samt rapportere tilsvarende aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). Det skal derfor fremkomme det samme antall pasienter og opphold i de to kildene. Foreløpig er dette ikke tilfellet, og vi vil derfor vise aktivitetstall fra begge kilder.

2.2.1 Aktivitetsdata fra KUHR

Det er foretatt uttrekk av data fra KUHR i medio oktober. Siden det vil være et visst etterslep i rapporteringen av aktivitet til KUHR vil vi i det følgende fokusere på aktivitet t.o.m. august 2017, dvs per 2. tertial. Det som rapporteres til KUHR benevnes som regninger og inneholder informasjon både om administrative forhold (dato, behandlingssted, refusjonsbeløp, osv) og medisinske data (diagnoser, takstkoder). For psykisk helsevern og TSB er en regning det samme som et oppholdsdøgn, mens for somatisk område er en regning lik en episode (en utredning eller et dagkirurgisk opphold).

Tabell 2 viser antall pasienter og tabell 3 antall regninger for tjenesteområdene i 2016 og 2017. Basert på data for de to første tertialene i 2017 er det gjort en enkel estimering og vurdering av årsvolum. Det er vist at det i 2016 var en relativt høy tilstrømning av nye tilbydere, og at dette avtok en del i 2017. Det er derfor rimelig at antall pasienter i 2016 er noe lavere enn prognosen for 2017. Slik data foreligger nå ser det ut til å bli mer enn en dobling av antall pasienter, fra nær 2 100 i 2016 til drøyt 4 400 i 2017. Det er flest pasienter innen somatiske tjenester, og der ligger det an til en økning fra 1 804 i 2016 til om lag 4 000 i 2017.

For TSB og psykisk helsevern er det relativt få pasienter, men dette er døgnpasienter hvor antall oppholdsdøgn også er et viktig aktivitetsmål. Tabell 3 viser at det for TSB var 12 606 oppholdsdøgn (regninger) i 2016, og at dette ser ut til å øke til drøyt 20 500 i 2017. For psykisk helsevern var antall oppholdsdøgn i 2016 4 247, mens prognosen for 2017 tilsier et nivå på drøyt 12 000 døgn. Det er i all hovedsak voksne pasienter som utgjør volumet innen psykisk helsevern, det var kun 8 pasienter registrert som barn/unge i 2017 (ingen i 2016).

Tabell 2 Antall pasienter per tjenesteområde i 2016 og 2017*. Kilde: KUHR

	2016	1.og 2. tert 2017	Årsestimat 2017*
TSB	153	171	250
Somatikk	1 804	2 676	4 014
Psyk helsevern	132	122	145
Totalt	2 089	2 961	4 409

Tabell 3 Antall regninger (episoder/oppholdsdøgn) per tjenesteområde i 2016 og 2017*. Kilde: KUHR.

	2016	1.og 2. tert 2017	Årsestimat 2017*
TSB	12 606	13 755	20 633
Somatikk	1 915	2 888	4 332
Psyk helsevern	4 247	8 085	12 128
Totalt	18 768	24 728	37 092

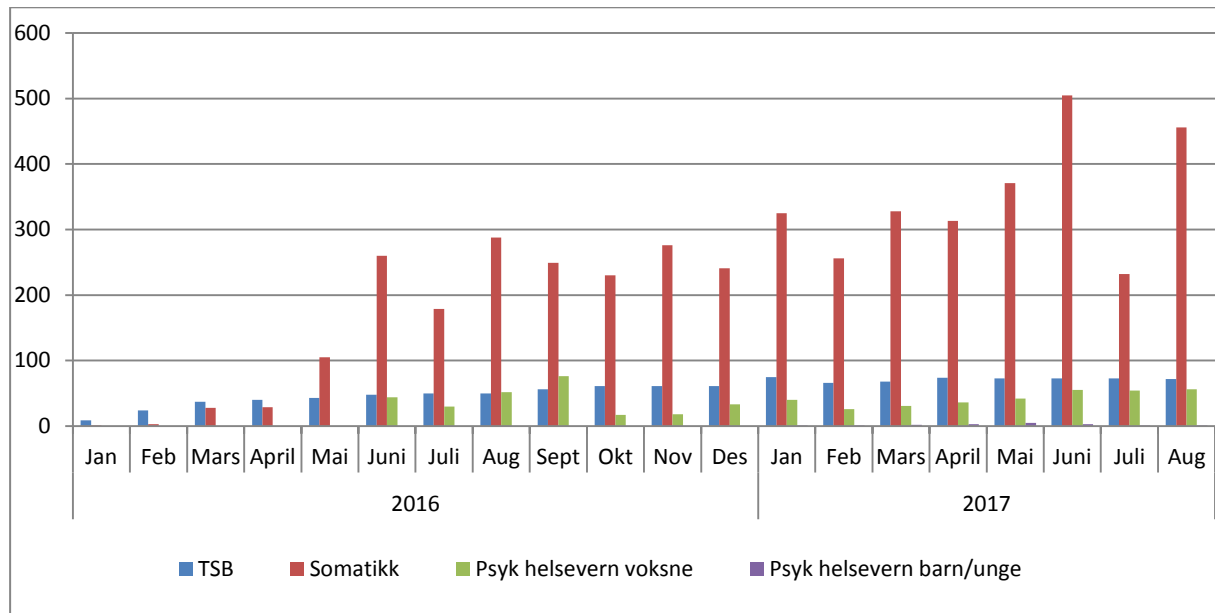
* Årsestimat basert på aktivitet 1. og 2. tertial, samt oppdaterte tall for antall innrapporterte pasienter i månedsskifte november-desember. Med basis i tilgjengelig informasjon er det foretatt en kvalifisert vurdering av antatt nivå ved årsslutt.

Figur 9 viser antall pasienter per måned i 2016 og 2017 for de aktuelle tjenesteområdene for landet samlet. Innen psykisk helsevern og TSB vil samme pasient telles flere ganger dersom oppholdstiden strekker seg over to eller flere måneder.⁸ Det har vært en til dels jevn vekst i pasienter innen TSB og for så vidt også somatisk område, i første del av perioden, men det ser ut til å ha stabilisert seg noe utover i 2017. Vi ser at det er større grad av stabilt nivå på pasienter i TSB enn for somatisk område og psykisk helsevern for voksne. Psykisk helsevern for voksne har et varierende nivå på antall

⁸ Pasienter med somatiske tjenester vil også telles flere ganger dersom samme pasient er registrert med en somatisk tjeneste i 2 eller flere måneder.

pasienter i 2016, men utover i 2017 har det gradvis økt og vært i underkant av 60 pasienter i juni-august.

Figur 9 Antall pasienter per måned etter sektor i 2016 og 2017. Kilde: KUHR.



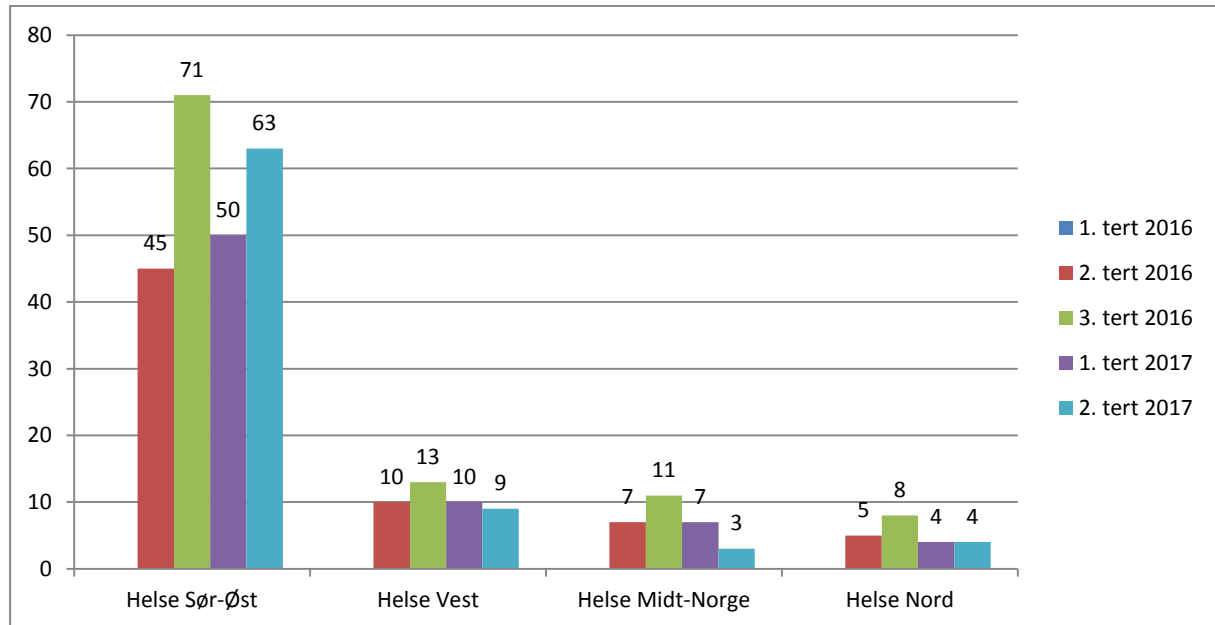
Fra 1. juli 2017 ble godkjenningsordningen i FBV utvidet med en tjeneste for intensiv habilitering av barn og unge. I oktober 2017 kom den første aktiviteten for denne tjenesten med 3 pasienter som hadde til sammen 36 dagbehandlinger.

2.2.1.1 Psykisk helsevern for voksne

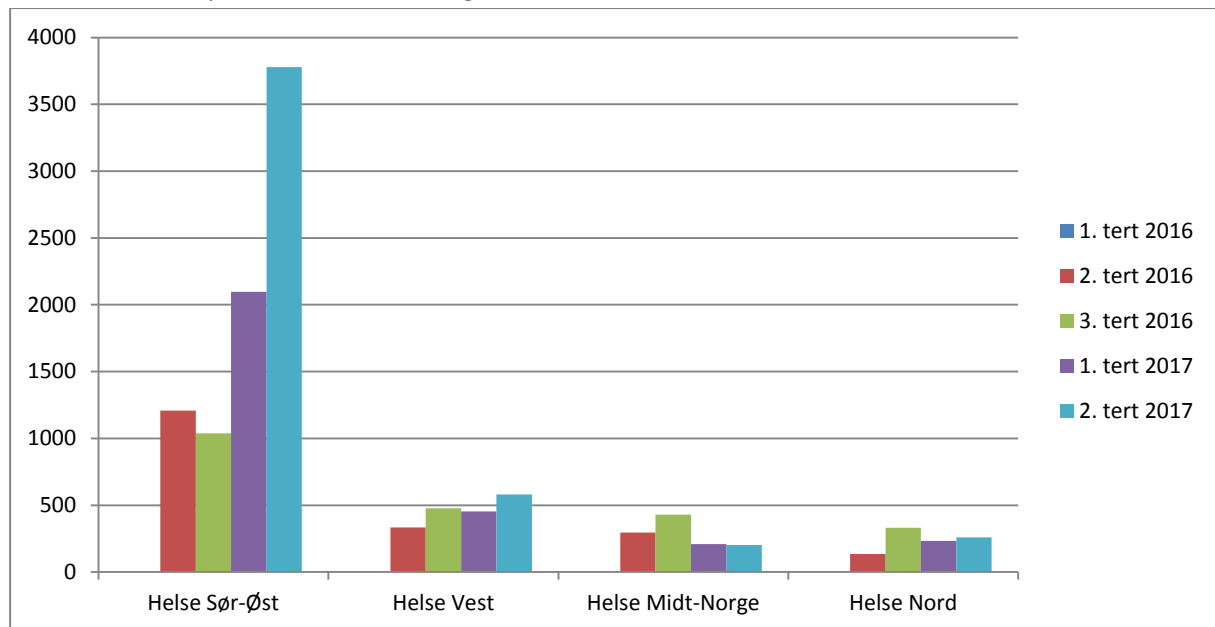
Figur 10 og 11 viser geografisk fordeling og utviklingen per tertial for pasienter og oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne innen godkjenningsordningen i FBV. Den største aktivitet for dette tjenesteområdet finner vi i Helse Sør-Øst, mens det i de andre regionene er omtrent på samme lave nivå. Dette henger selvsagt sammen med at det er få/ingen godkjente leverandører i disse regionene.

Figurene viser også at aktiviteten målt i oppholdsdøgn i Helse Sør-Øst har økt i perioden, med en særlig sterk vekst fra 1. til 2. tertial i 2017. Dette knytter seg i hovedsak til aktiviteten ved Vitalis Helse Kragerø. Aktiviteten for pasienter fra de andre regionene har enten vært uendret eller gått noe ned.

Figur 10 Antall pasienter i FBV godkjenningssystemet innen psykisk helsevern for voksne etter pasientens bostedsregion 2016-2017. Kilde: KUHR.

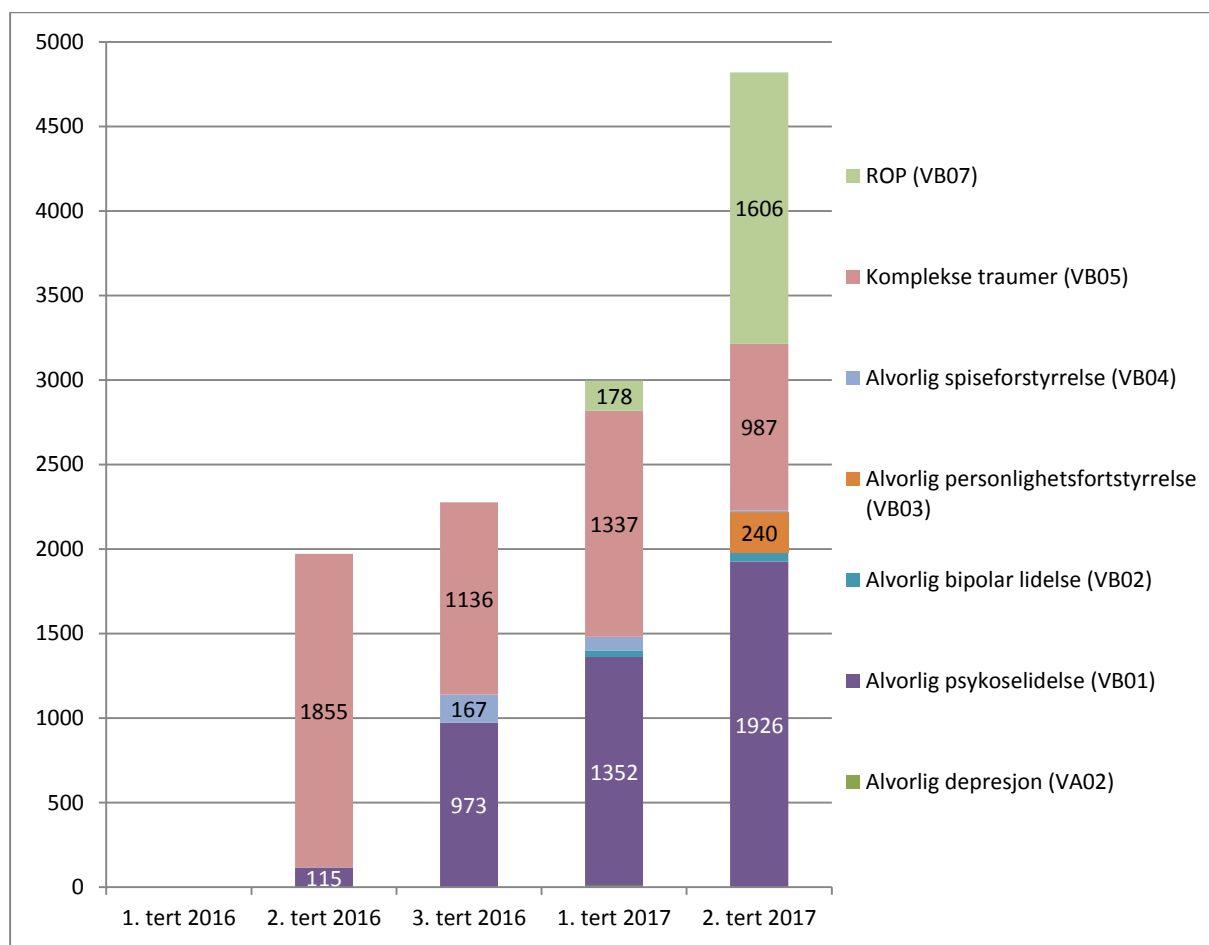


Figur 11 Antall regninger (dvs oppholdsdøgn) i FBV godkjenningssystemet innen psykisk helsevern for voksne etter pasientens bostedsregion 2016-2017. Kilde: KUHR.



Figur 12 viser hvilke type pasienter som utgjør FBV-oppholdsdøgnene (=regninger) i psykisk helsevern for voksne. De tre største gruppene i 2. tertial 2017 var alvorlige psykoselidelser, ROP-pasienter og komplekse traumer. Oppholdsdøgn for pasienter med komplekse traumer har vært en relativt stor andel i alle tertial det har vært aktivitet innen psykisk helsevern i godkjenningsordningen. Dette gjelder også til dels for pasienter med alvorlige psykoselidelser, mens oppholdsdøgn for ROP-pasienter først har et visst omfang i 2. tertial 2017.

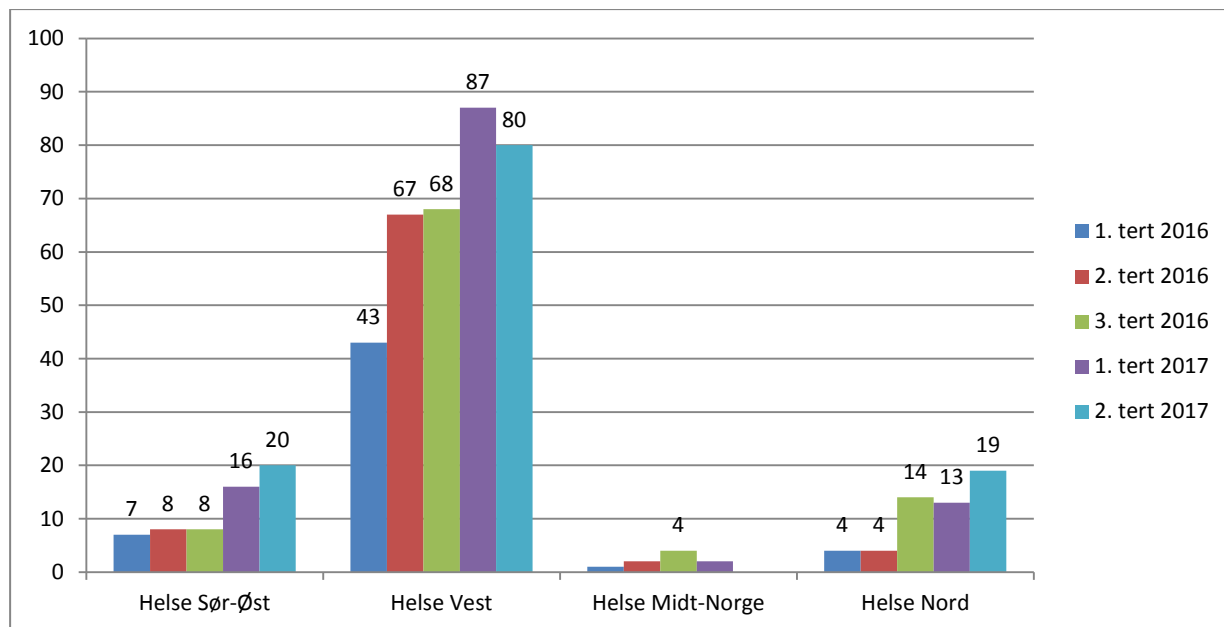
Figur 12 Antall regninger med FBV-tjenestekode for psykisk helsevern for voksne per tertial 2016-2017. Kilde: KUHR.



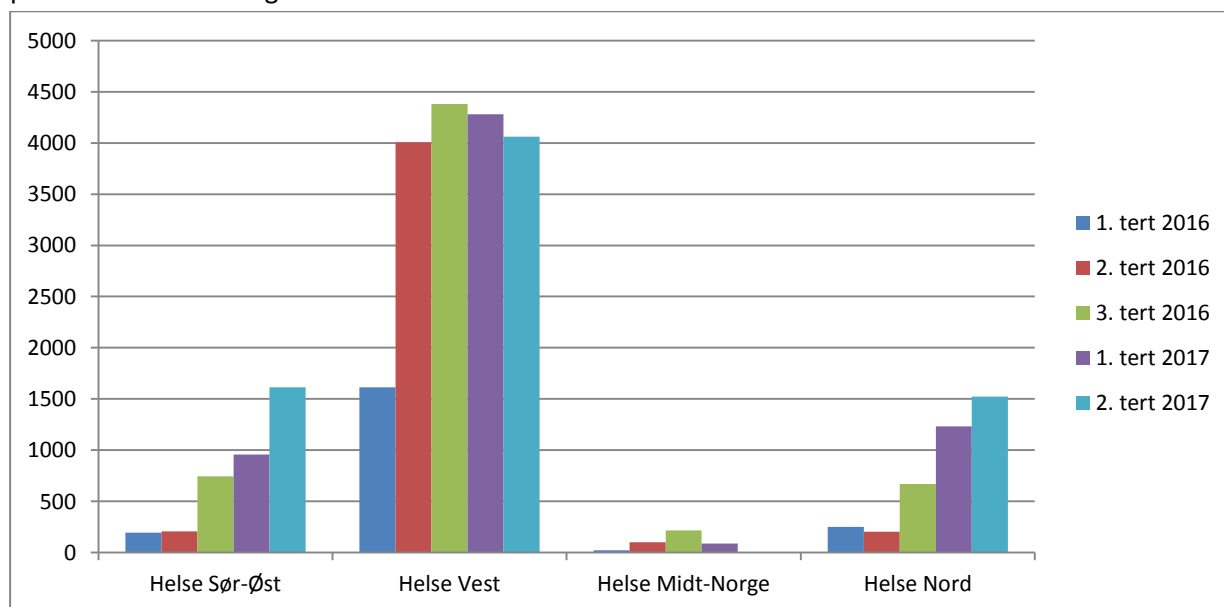
2.2.1.2 Rusbehandling (TSB)

Figur 13 og 14 viser geografisk fordeling og utviklingen per tertial for pasienter og oppholdsdøgn innen TSB i godkjenningsordningen i FBV. For dette tjenesteområdet ser vi av figurene at det er flest pasienter fra Helse Vest, men at nivået er økende både i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Helse Midt-Norge har tilnærmet ingen pasienter innen dette tjenesteområdet i ordningen. I Helse Vest er nivået på om lag 80 pasienter og 4 000 oppholdsdøgn per tertial. Aktiviteten finner sted ved 12 Trinnsklinikken og Karmsund ABR senter, som begge er lokalisert i Helse Vest, men som også har noen pasienter fra de andre regionene.

Figur 13 Antall pasienter i FBV godkjeningsordningen innen TSB etter pasientens bostedsregion 2016-2017. Kilde: KUHR.

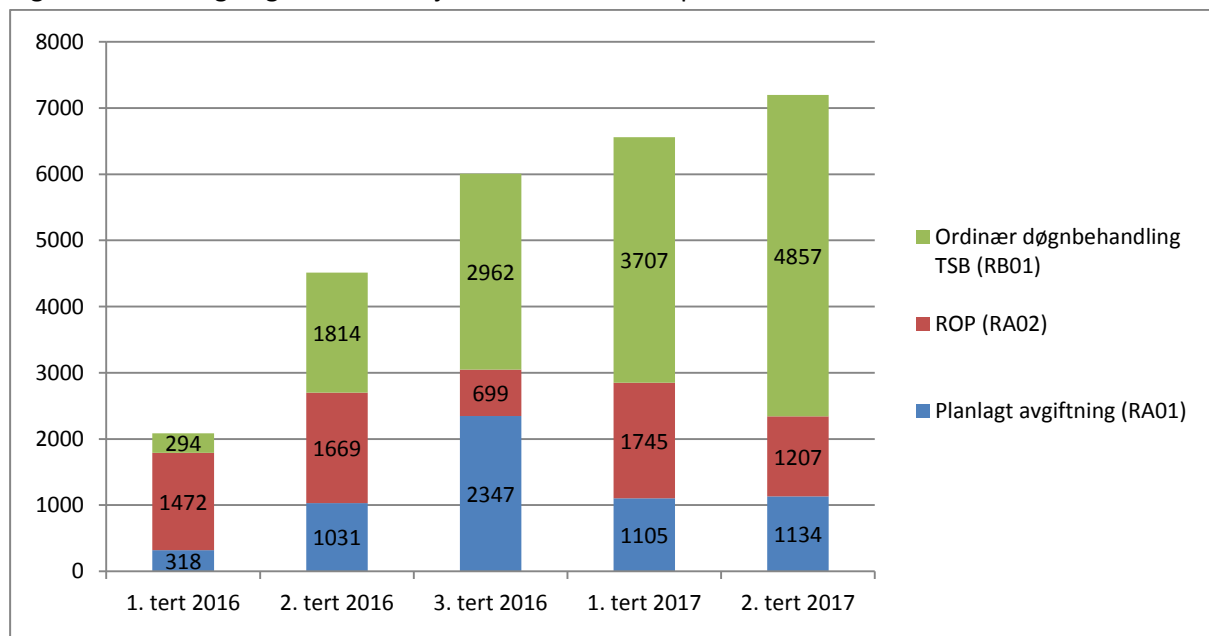


Figur 14 Antall regninger (dvs oppholdsdøgn) i FBV godkjeningsordningen innen TSB etter pasientens bostedsregion 2016-2017. Kilde: KUHR.



Figur 15 viser antall oppholdsdøgn etter type pasient/behandling innen TSB i godkjeningsordningen. Det har variert noe utover i perioden som observeres, men som figuren viser er det et økende antall og andel oppholdsdøgn for tjenesten «ordinær døgnbehandling». I 2. tertial 2017 var andelen for denne type oppholdsdøgn om lag 67 prosent. Oppholdsdøgn for planlagt avgiftning økte frem til 3. tertial 2016, men avtok deretter til et noe lavere nivå i 2017.

Figur 15 Antall regninger med FBV-tjenestekode for TSB per tertial 2016-2017. Kilde: KUHR.

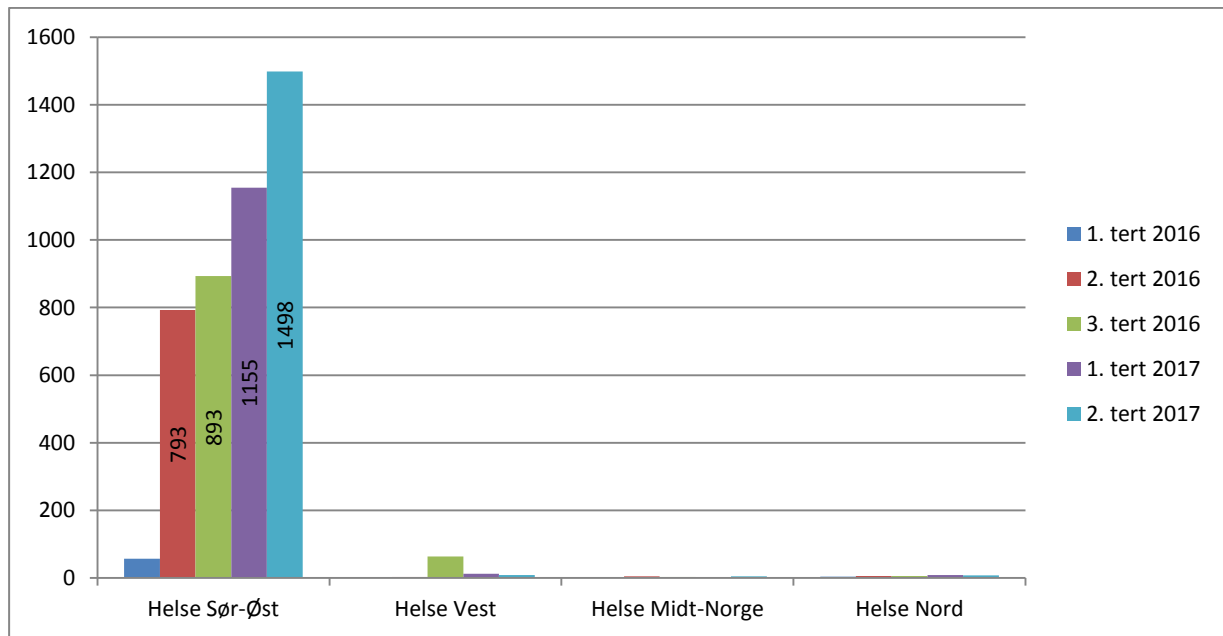


2.2.1.3 Somatiske tjenester

For de somatiske tjenestene er det som tidligere vist liten forskjell mellom antall pasienter og antall regninger (episoder/opphold). Det er enkelte pasienter som er registrert med 2-3 episoder, men de aller fleste har kun en episode, og vi presenterer av den grunn kun antall episoder.

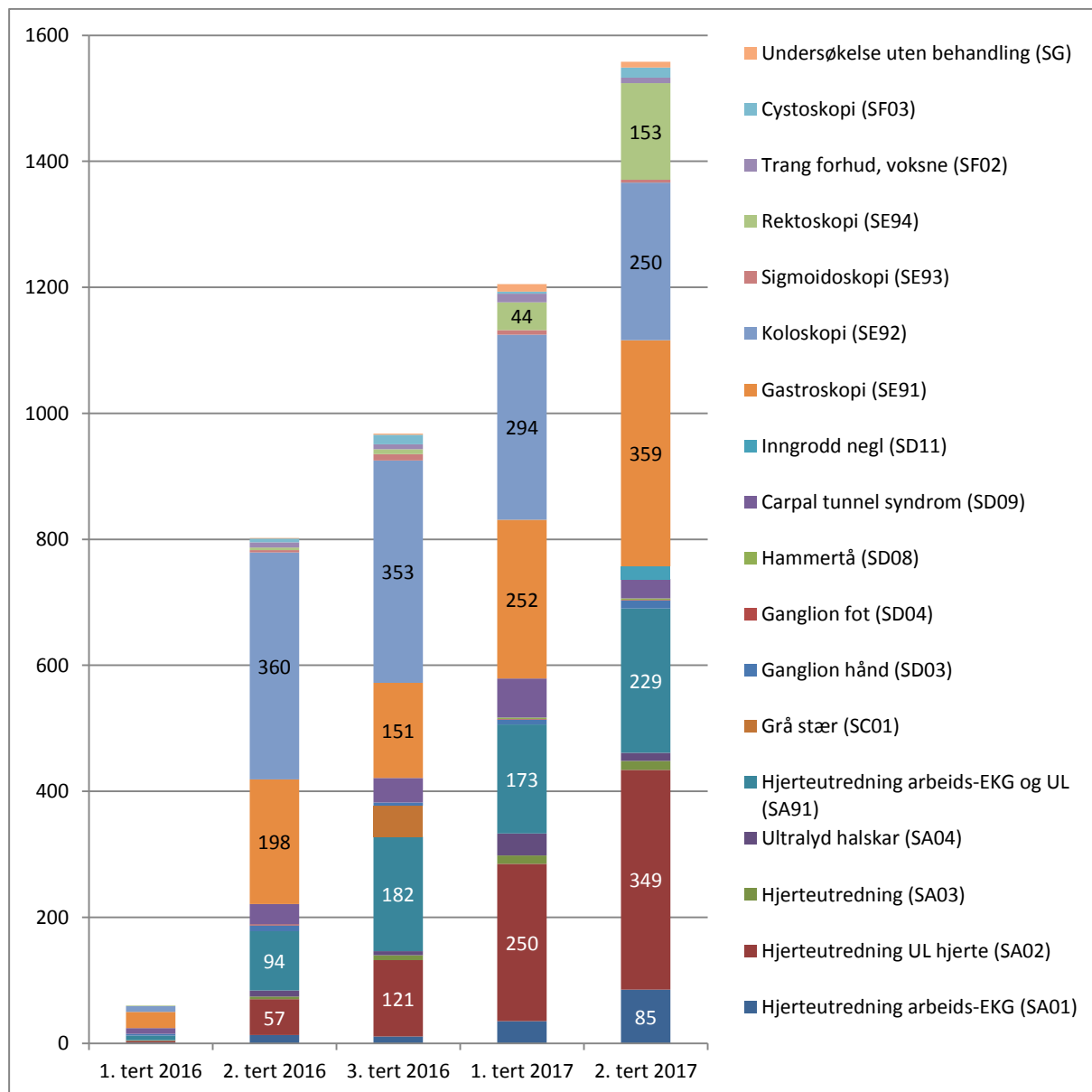
Figur 16 viser at det primært er pasienter fra Helse Sør-Øst som har blitt utredet/behandlet innenfor godkjenningsordningen i FBV i 2016 og per 2. tertial i 2017. Aktivitet i Helse Sør-Øst økte særlig i 2. tertial 2016 til om lag 800 episoder, som skyldtes innslag av aktivitet ved særlig Kalbakkenklinikken. Det var videre også en gradvis sterk vekst i begge tertial i 2017. Dette forklares ved økt aktivitet ved Colosseumklinikken i 1. tertial og som hadde ytterligere vekst i 2. tertial sammen med Moloklinikken, A-Medi og Vestfoldkirurgene.

Figur 16 Antall regninger (dvs episoder) innen somatikk etter pasientens bostedsregion 2016-2017.
Kilde: KUHR.



Figur 17 viser fordelingen av episodene for de somatiske tjenestene i godkjenningsordningen per tertial i 2016 og 2017. Det store volumet av episoder er knyttet til hjerteutredninger (SAxx) med nær 45 prosent og skopier (SExx) med nær 50 prosent i 2. tertial 2017. Ortopediske dagbehandlinger på den annen side utgjør kun 4,3 prosent av episodene i nevnte tertial.

Figur 17 Antall regninger (episoder) med FBV-tjenestekode for somatiske tjenester per tertial 2016-2017. Kilde: KUHR.



2.2.2 Aktivitetsdata fra NPR

Tjenesteleverandørene innen godkjenningsordningen skal rapportere aktivitetsdata både til KUHR, som grunnlag for utbetaling av FBV-refusjon, og til NPR som grunnlag for nasjonal statistikk. For somatiske tjenester i godkjenningsordningen vil også rapportering til NPR inngå i grunnlaget for ISF. Det har vært utfordringer med rapportering av data til NPR for en del av de private aktørene, som det redegjøres for i kapittel 4, og det er derfor ventet at det vil være avvik mellom innrapportert aktivitet i KUHR og NPR. Det er imidlertid viktig at dette avviket reduseres og ideelt sett utjevnes så

raskt som mulig. Dette er noe Helfo og NPR jobber med. Inntil det er konsistens mellom datasettene er det imidlertid et poeng å vise avviket mellom disse.

Det er i avsnitt 2.2.1 vist at det i KUHR var innrapportert og godkjent refusjonskrav for 2 961 pasienter de to første tertialene i 2017. Det var 171 pasienter innen TSB, 122 pasienter innen psykisk helsevern og 2 676 pasienter med somatiske tjenester. For disse pasientene var antall regninger, som er oppholdsdøgn i TSB og psykisk helsevern og dagopphold i somatikken, hhv. 13 755, 8 085 og 2 888.

Data rapportert til NPR presentert i dette avsnittet er avgrenset til episoder med debitorcode 90 «Godkjent fritt behandlingsvalg». Nærmere gjennomgang av institusjoner som benytter denne koden indikerer at det er noen feilregistreringer i data rapportert til NPR. Vi finner blant annet kode 90 også ved enkelte helseforetak. En annen feilregistrering som vi ikke fanger opp i vårt datagrunnlag er tilfeller med FBV-episoder som er registrert med annen/feil debitorcode. Slike episoder vil mangle i vårt tallgrunnlag her.

Tabell 4 viser tall for antall pasienter i godkjeningsordningen som er rapportert til NPR. En pasient kan ha flere opphold (episoder) og oppholdsdøgn. I tabell 5 vises det tall for antall dagopphold (somatikk) og oppholdsdøgn (TSB og psykisk helsevern) som disse pasientene har hatt. Dette vil være tilnærmet lik størrelsen «regninger» i KUHR-data.

Tallene i tabell 4 og 5 sammenholdt med det som er presentert av tall for pasienter og regninger i KUHR-data indikerer med tydelighet at det er fortsatt et vesentlig avvik mellom de to datakildene. Det kan være flere årsaker til disse avvikene, men det vil kreve et mer dypgående kartleggingsarbeid av aktivitetsdata fra begge kilder. Dette er ikke gjort som en del av grunnlaget for denne følge-med rapporten.

Tabell 4 Antall pasienter per tertial og etter tjenesteområde i 2016 og 2017. Kilde: NPR

	3. tert 2016	1. tert 2017	2. tert 2017
TSB	78	71	123
Psykisk helsevern	90	3	40
Somatiske tjenester	772	1 475	1 709
Totalt	940	1 549	1 872

Tabell 5 Antall episoder (somatikk) og oppholdsdøgn (TSB, psykiske helsevern) per tertial og etter tjenesteområde i 2016 og 2017. Kilde: NPR

	3. tert 2016	1. tert 2017	2. tert 2017
TSB	7 413	2 600	7 440
Psykisk helsevern	1 864	99	3 646
Somatiske tjenester	817	1 703	1 948
Totalt	10 094	4 402	13 034

3. KOSTNADER

I dette kapitlet vises det noen hovedtall for utbetalte refusjoner⁹ for gjennomførte og godkjente tjenester i godkjenningsordningen innen FBV. Det vises tall for 2016 og de to første tertialene i 2017. På samme vis som for aktivitetstallene i kapittel 2 er det foretatt et årsestimat for 2017 under antakelsen om 1/3 av kostnadene per tertial. Det er grunn til å anta at denne antakelsen ikke er helt korrekt, men det er et for spinkelt empirisk grunnlag (kun 2016) til å kunne fastsette en mer robust periodiseringsfaktor.

Tabell 6 viser utbetalte refusjoner per tjenesteområde, mens tabell 7 viser tilsvarende per pasientenes bostedsregion. I 2016 ble det utbetalt nær 60 millioner kroner i ordningen, mens estimatet for 2017 nå er på nær 115 millioner kroner. Dette er noe høyere enn estimert våren 2017 (95-100 millioner kroner), og indikerer at det er økende veksttakt for aktiviteten i ordningen.

Det er innen TSB det har vært høyest utbetalinger begge år, med nær 40 millioner kroner i 2016 og estimatet for 2017 er om lag 60 millioner kroner. Det har også vært økte refusjoner for tilbud innen psykisk helsevern for voksne, fra ca 15 millioner kroner i 2016 til drøyt 40 millioner kroner i 2017 (estimert). Mens utbetalingene for somatiske tjenester har økt med 5 millioner kroner til drøyt 10 millioner kroner i 2017 (estimert). Det er imidlertid som ventet at utbetalingene innen TSB og psykisk helsevern er høyere enn for somatisk område, siden det innen de to førstnevnte områdene er døgnpasienter som gis tilbud. Mange av døgnpasientene har flere ukers opphold på godkjente institusjoner. For de somatiske pasientene er det en stor andel utredninger (hjerter, skopier), samt en del dagkirurgiske inngrep. For somatisk område blir det derfor i gjennomsnitt et relativt lavt beløp per pasient, mens det innen TSB og psykisk helsevern blir et vesentlig høyere beløp per pasient (i gjennomsnitt).

Det er som tidligere nevnt noe aktivitet innen re-/habilitering i 3. tertial i 2017, men det er for lavt nivå foreløpig til å ha noen stor betydning for samlede utbetalinger i ordningen.

⁹ Utbetalte refusjoner er påløpte kostnader for aktivitet utført innenfor godkjenningsordningen i det angitte tidsrom. Refusjonene utbetales normalt 1-1½ måned etter at refusjonskravet er mottatt. I praksis betyr det at aktivitet i november og desember utbetales påfølgende år.

Tabell 6 Utbetalte refusjoner per tjenesteområde i 2016 og per 2. tertial 2017. Beregnet årsestimat for 2017. Millioner kroner. Kilde: KUHR.

	2016	Per 2. tert 2017	Årsestimat 2017
Psyk helse barn/unge	0,0	1,1	1,7
Re/-habilitering ¹⁾	0,0	0,0	-
TSB	38,5	39,4	59,1
Somatikk	5,0	7,3	10,9
Psyk helse voksne	14,9	27,7	41,6
Totalt	58,4	75,6	113,3

1) Det har vært barn/familier inne til intensiv habilitering i høst (i 3. tertial) hvor refusjonen samlet utgjør ca 280 000 kr per 4. desember. Det er ikke estimert et årsbeløp for denne tjenesten.

Tabell 7 viser utbetalte refusjoner etter hvor pasientene har bosted. Vi har tidligere vist at det særlig er pasienter fra Helse Sør-Øst som hittil har fått tilbud og behandling i godkjenningsordningen. Når det gjelder utbetalte refusjoner er det imidlertid ikke stor forskjell mellom Helse Vest og Helse Sør-Øst, noe som forklares av pasientsammensetningen. I Helse Vest er det to godkjente institusjoner for rusbehandling som har hatt en del døgnpasienter, mens det for Helse Sør-Øst er en relativt høy andel somatiske pasienter, hvor utbetalingene per pasient er vesentlig lavere enn for ruspasienter. Dersom man ser utbetalingen i forhold til antall innbyggere vil Helse Vest ha et høyere nivå enn Helse Sør-Øst.

Det er noen utbetalinger for pasienter tilhørende i Helse Nord, mens det er et svært lavt nivå for pasienter bosatt i Helse Midt-Norge. Forklaringen på dette er i all hovedsak fravær av godkjente institusjoner i midt-regionen.

Tabell 7 Utbetalte refusjoner per bostedsregion i 2016 og per 2. tertial 2017. Beregnet årsestimat for 2017. Millioner kroner. Kilde: KUHR.

	2016	Per 2. tert 2017	Årsestimat 2017
Helse Sør-Øst	15,5	35,7	53,6
Helse Vest	34,5	29,5	44,2
Helse Midt-Norge	3,7	1,8	2,7
Helse Nord	4,7	8,5	12,8
Totalt	58,4	75,6	113,3

4. LEVERANDØRERFARINGER

Helfo har ansvaret for løpende oppfølging av godkjente FBV-leverandører. Det er lagt opp til at samtlige leverandører skal gjennom et felles generelt oppfølgingsløp, men at det også tilpasses til hver enkelt leverandør. Helfo er i oppfølgingen avhengig av tilbakemeldinger og samarbeid med flere aktører (også eksterne). I denne sammenheng er det verdt å nevne at Helfo i større grad enn tidligere, opplever at de ulike fagmiljøene der ute har «fått øynene opp» for godkjenningsordningen i FBV. Dette merkes blant annet ved at spørsmål og henvendelser kommer til Helfo fra ulike fagråd, spesialister og fagpersoner hos RHF-ene og ulike nettverk generelt.

Beskrivelsen i dette kapitlet er for det meste basert på de erfaringer som Helfo har gjort seg i oppfølgingen av søkere og godkjente leverandører i ordningen. Det er også innhentet erfaringer fra Norsk pasientregister vedrørende rapportering av aktivitetsdata.

4.1 Leverandørenes erfaringer vedrørende pasienter som har vært til behandling

I fjorårets rapport fremgår det at leverandørene så langt har hatt gode erfaringer med pasienter som har vært inne til behandling. Det er ingenting som tilsier at dette stiller seg annerledes for 2017. Helfo har siden oppstarten hatt et tett samarbeid med pasientrådgiverne i RHF-ene, og det er fremdeles få klager fra pasienter og pårørende. De få klagenes som er registrert, dreier seg om det samme som tidligere:

- Mottak/kommunikasjon med resepsjon (legesekretær)
- At leverandørene faktisk har en annen ventetid enn det som fremgår av «Velg behandlingssted» (Helsetjenestekatalogen)
- Enkeltepisoder av behandling

Når det gjelder oppdatering av forventet ventetid på Helsetjenestekatalogen, har Helfo sendt ut brev til de leverandørene det gjelder og bedt om at de innretter seg i tråd med FBV-forskriften. Etter godkjenning får FBV-leverandørene nærmere opplæring i hvordan de skal registrere og oppdatere informasjonen på disse sidene, og det er presisert at oppdatering skal skje hver måned. Dette har likevel ikke blitt gjort av flere, og det kan være ulike årsaker til dette. En sentral forklaring er nok at status ikke endrer seg fra måned til måned, og at leverandørene derfor ikke ser noen grunn til å oppdatere. Helfo har i samarbeid med pasientrådgiverne presisert for de leverandørene det gjelder at denne praksisen må endres.

4.2 Erfaringer vedrørende rapportering av data fra FBV-leverandører

4.2.1 Vurderinger fra Helfo

FBV-leverandørene har forpliktet seg til å rapportere aktivitetstall til NPR hver måned. Rapportering skal skje via NPR-melding. Utover rapportering av aktivitetstall, skal oppgjørskrav sendes til Helfo. Dette er eneste måten å sende oppgjørskrav til Helfo på for FBV-aktivitet. Selv om problematikken rundt dette har minnet noe, har det fremdeles vært spørsmål om alternative måter å sende inn oppgjørskrav på. FBV-forskriften åpner derimot ikke for dette, og dette er formidlet til aktuelle leverandører.

Helfo og NPR har i fellesskap fått implementert et to trinns system, hvor godkjente leverandører først må gjennom en obligatorisk test før de kan iverksette godkjenningsvedtaket de har fått av Helfo, dvs være operative og «valgbare» på Helsetjenestekatalogen. Dette var et behov som ble synlig i 2016 og som nå er blitt innført som et absolutt krav. I praksis fungerer dette ved et tett samarbeid mellom Helfo og NPR og ut mot den godkjente leverandør. NPR bistår leverandøren i selve test-perioden og gir deretter Helfo beskjed når testen er tilfredsstillende gjennomført. Først på dette tidspunktet blir leverandøren gjort aktuell på Helsetjenestekatalogen, og det er først da de kan ta inn pasienter til behandling. Et fåtall av henvendelser fra enkelte leverandører kan tolkes som at leverandørene rent faktisk har behandlet pasienter, men at de holder igjen den elektroniske innsendingen til systemene er i orden. Helfo har i disse tilfeller informert om at dette vil være et brudd på FBV-forskriften, og at dette i siste instans kan resultere i at godkjenningen trekkes tilbake.

Etter at denne to trinns-prosessen ble innført, oppleves det i mye større grad enn tidligere at leverandørene klarer å se skillet i FBV-forskriften mellom «godkjente» og «valgbare». Som Helfo gjennomgående har påpekt, er det ingen automatikk i godkjenning og oppstart. Leverandørene må være godkjent av Helfo (vedtak) og i tillegg ha de nødvendige systemene på plass til å rapportere data før de kan ta inn pasienter og igangsette behandling. Helfo sine erfaringer med dette så langt, er at leverandørene forstår og aksepterer at det er nødvendig med en slik to-trinnsprosess, men at det er frustrerende å vente på at alt kommer på plass.

4.2.2 Vurderinger fra NPR

Alle sykehus, institusjoner eller andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten som mottar henvisninger og yter helsehjelp skal innrapportere opplysninger til NPR. Kravet gjelder også for private virksomheter i *godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalg*. Det er et generelt krav om at opplysninger skal innrapporteres i henhold til det oppsettet og de kodeverk som er gitt i gjeldende versjon av NPR-melding, og i henhold til de frister til innrapportering som settes av NPR.

Status for innrapportering av data fra enheter som er godkjente og gjort valgbare for ordningen FBV, er at de nå er i stand til å rapportere til NPR. Det vil si at de har elektroniske systemer som kan generere et uttrekk i henhold til krav i NPR-melding. Fremdeles er det behov for ekstra oppfølging og hyppige tilbakemeldinger til disse enhetene for å bedre kvaliteten og komplettethet i data. Enhetene

mottar månedlig tilbakemelding på innhold og evt. mangler, på lik linje som andre enheter i spesialisthelsetjenesten som har krav om å rapportere månedlige data.

NPR får månedlig oversikt fra Helfo over enheter som er med videre i ordningen, har blitt godkjente eller har mistet sin godkjenning. Nye enheter blir bedt om å sende inn testfil for verifisering, hvor resultatet av denne blir tilbakemeldt enheten, samt til Helfo.

4.3 Om utfordringer med forståelse av retningslinjer om henvisning, inntak og utskrivning

Problematikken rundt rettighetsvurderinger har vært et gjennomgående tema siden oppstarten. Det er en forutsetning at pasientene er rettighetsvurdert før leverandørene tar de inn til behandling. Helfo har også i 2017 fått tilbakemeldinger på at dette fremdeles er et problem, om enn i noe mindre grad. Dette betyr ikke nødvendigvis at problemet har blitt mindre, men kan også skyldes at leverandørene ikke lenger er like opptatt av å melde fra om dette til Helfo, siden det ikke er så mye Helfo kan gjøre med akkurat dette. Leverandørene må selv påse at rettighetsvurdering foreligger, og om nødvendig sende pasientene tilbake. Helt generelt kan det derimot synes som at pasientens valgreitt er blitt mer «kjent», hvis man sammenligner med henvendelser og tilbakemeldinger fra oppstarten. Helfo fikk tidligere flere henvendelser om at pasienter som var rettighetsvurdert, kun hadde fått som alternativ de virksomheter RHF-et hadde avtale med. Godkjente FBV-leverandører uten avtale med RHF ble i disse tilfellene ikke fremsatt som alternativ. Helfo kan ikke se å ha registrert henvendelser om dette det siste året, hvilket er en indikasjon på bedret praksisen på dette området. Enkelte HF har samtidig meldt om større pågang fra godkjente FBV-leverandører, i den hensikt å få pasienter som er rettighetsvurdert sendt til seg.

Når det gjelder inntak av pasienter, har Helfo også i år mottatt henvendelser som går på utfordringer med tolkningen av rettighetsvurderinger. Dette bidrar til noe merarbeid for leverandørene, som er ansvarlig for å avklare dette nærmere før pasientene tas inn til utredning eller behandling.

Helfo har ved noen få anledninger mottatt informasjon om enkelte leverandører hvor det hevdes at pasientene er tatt inn til behandling før henvisning og rettighetsvurdering. I slike tilfeller har Helfo tatt kontakt med de leverandørene det gjelder, og påpekt at nødvendige aktiviteter må utføres i riktig rekkefølge.

4.4 Problemstillinger vedrørende inklusjon/eksklusjon i FBV-tjenester

Henvendelser rundt hva som omfattes av de ulike tjenestene, har vært minimale denne perioden, men det er to saker som kan nevnes. Dette gjelder for det første tjenesten «Intensiv habilitering av barn og unge». I tillegg har det også vært en problemstilling vedrørende døgnpris og eventuell ny henvisning for pasienter innen psykisk helsevern som fyller 18 år i løpet av oppholdstiden.

4.4.1 Intensiv habilitering av barn og unge

I FBV-forskriften angis det maksimalt 30 behandlingsdager i form av maksimalt 6 ukesamlinger. Det har kommet tilbakemeldinger om at programmet ikke må være så intensivt at det reduserer barnas og familiens muligheter for normal sosial samhandling og livsutfoldelse. Dette gir aktuelle tjenesteleverandører utfordringer med å få «brukt alle 30 behandlingsdagene» når det er begrenset til maksimalt 6 ukesamlinger.

4.4.2 Pasienter som fyller 18 år under oppholdstiden

Dette er en problemstilling for tjenester innen psykisk helsevern. Konkret har det kommet spørsmål om hvordan de godkjente leverandørene og refusjonssystemet skal håndtere pasienter som fyller 18 år i løpet av et opphold hos leverandøren. Skal døgnrefusjonen for pasienten forbli uendret under oppholdet det fyller 18 år, eller skal det endres til «voksenrefusjon» fra og med fylte 18 år? Og må pasienten da skrives ut dagen før fylte 18 år, for så å legges inn som voksne dagen etter? I sistnevnte tilfelle må det (trolig) også foreligge ny henvisning for døgntilbud innen psykisk helsevern for voksne.

Det er et overordnet mål å bidra til gode pasientforløp hvor pasienten settes i sentrum. Det vil derfor være uheldig om overgangen til fylte 18 år medfører et avbrudd i oppholdet hos den private leverandøren i påvente av ny henvisning. Den praksis det legges opp til for pasienter som er under 18 år ved innleggelse, men blir 18 år under oppholdet, er å gi refusjon i tråd med tjenesten for barn/unge under hele dette oppholdet. Dersom pasienten henvises på nytt etter fylte 18 år vil pasienten henvises til psykisk helsevern for voksne.

4.5 Andre erfaringer

Det virker som det er færre henvendelser vedrørende prisingen av tjenestene i 2017 enn foregående år. Det er noen av leverandørene innenfor somatikk som har nevnt dette for Helfo også i 2017, men de har ikke vist interesse til å bruke tid på å belyse dette nærmere. Enkelte leverandører innenfor TSB har også tatt opp dette med prising, men det er kun sporadisk og i mindre grad enn tidligere.

Helfo har videre erfart at dialogen og samarbeidet blant godkjente leverandører og lokale helseforetak, er noe økende enn tidligere. Det finnes ikke konkret informasjon om hvor utstrakt og omfattende dette er, og hvordan det stiller seg fra region til region, men det er indikasjoner på at godkjenningsordningen har blitt mer kjent blant helseforetakene og at dialogen og samarbeidet som følge av dette har blitt mer omfattende enn det opprinnelig var.

5. ADMINISTRATIVE OG FORVALTNINGSMESSIGE FORHOLD

5.1 Utvidelse av fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted

Stortinget besluttet i 2016 å inkludere private rehabiliteringsinstitusjoner i retten til fritt behandlingsvalg. Unntaket i pasient- og brukerrettighetsloven §2-4 som gjaldt disse institusjonene ble dermed fjernet og endringen trådte i kraft 1. juli 2017. Habiliterings- og rehabiliteringstilbud ved offentlige behandlingssteder har tidligere vært inkludert i retten til fritt behandlingsvalg, men tilbudene har ikke vært synliggjort og det har ikke blitt publisert ventetider. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å sørge for at relevant informasjon om aktuelle behandlingssteder, tilbud og ventetider ble gjort tilgjengelig på Velg behandlingssted på helsenorge.no.

Fra 1. juli er Velg behandlingssted utvidet til også å inkludere:

- Private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med ett eller flere RHF
- Private habiliterings- og rehabiliteringsinstitusjoner med godkjenning av Helfo
- Offentlige sykehus (helseforetak) innen
 - Rehabilitering
 - Habilitering barn
 - Habilitering voksen

Med utvidelsen inkluderer Velg behandlingssted 49 nye tjenester innen rehabilitering, åtte nye tjenester for habilitering av voksne og 11 nye tjenester for habilitering av barn/unge. Om lag 100 behandlingssteder innen disse områdene er inkludert i løsningen og det er etablert kontaktpersoner og rutiner for rapportering av ventetider.

5.2 Informasjonstiltak

Helse- og omsorgsdepartementet ga i oppdragsdokumentet for 2017 de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre en informasjonskampanje for å øke kjennskapen til pasientrådgiverne og Velg behandlingssted. Helsedirektoratet samarbeidet med de regionale helseforetakene om

kampanjen. Det ble laget en animasjonsfilm som ble spredt i sosiale medier, rettet mot både innbygger og helsepersonell.

I forbindelse med utvidelsen av fritt behandlingsvalg og Velg behandlingssted med habilitering og rehabilitering, ble det i november 2017 gjennomført en kampanje rettet mot valg av behandlingssted innen habilitering og rehabilitering.

5.3 Andel oppdaterte ventetider

På Velg behandlingssted vises forventede ventetider frem i tid for de lavest prioriterte pasientene. Ventetidene skal oppdateres månedlig og det er et mål at alle ventetider på nettsiden skal være oppdaterte og korrekte til enhver tid. Behandlingsstedene har selv ansvar for å estimere og rapportere forventede ventetider til Velg behandlingssted (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11), og pasientrådgiverne følger opp behandlingstedene i sine regioner.

Andel oppdaterte ventetider på Velg behandlingssted publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no tre ganger i året for henholdsvis fysisk helse, psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)¹⁰. Indikatorene viser hvor stor andel av ventetidene i tjenesten som var gyldige i perioden og publiseres på region-nivå. Det er planlagt å etablere indikatorer også for de nye områdene habilitering for voksne, habilitering for barn og unge og rehabilitering, men det er ikke publisert data for disse i 2017.

Innføringen av Velg behandlingssted medførte nye tekniske systemer og rutiner for rapportering av ventetider for behandlingstedene, noe som kan ha påvirket andelen. For 2. tertial 2017 ligger andelen oppdaterte ventetider mellom 85 prosent og 95 prosent per fagområde indikatorene blir publisert for. Det er variasjoner mellom regioner og mellom fagområdene.¹¹

5.4 Godkjenningsordningen

Forvaltning av godkjenningsordningen genererer aktiviteter hos flere aktører, og det gis her en kort beskrivelse av dette.

5.4.1 Dialog med hovedorganisasjonene og RHF

Helsedirektoratet har også i 2017 hatt møte med hovedorganisasjonene (NHO, Spekter og Virke) og RHF-ene. Fokus har vært på innfasing av nye tjenester i godkjenningsordningen og erfaringer med ordningen. Organisasjonene ble invitert til å spille inn forslag til tjenester.

¹⁰ Kvalitetsindikatorene er publisert på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer>

¹¹ For mer informasjon og statistikk om oppdaterte ventetider se: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/oppdaterte-ventetider-somatisk-helsetjeneste>.

Prisnivå for tjenesten innen godkjenningsordningen ble tatt opp flere ganger i 2016 av hovedorganisasjonene og av andre aktører. I starten av 2017 ble det derfor enighet om å gjøre enda en kartlegging og vurdering av prisnivået, primært for de somatiske tjenestene. Dette ble gjennomført våren 2017, hvor det både var dialog med noen private aktører, samt at det ble gjennomført en runde med regionale helseforetak på foreslåtte justeringer av prisen for utvalgte tjenester. Sistnevnte er nødvendig for å sikre at prisnivået i FBV ikke utfordrer allerede inngåtte anbudspriser. Dette arbeidet våren 2017 resulterte i justering av prisnivået for noen utvalgte somatiske tjenester.

5.4.2 Søknader, godkjenning og oppfølging

En godkjenning skal gis i form av et enkeltvedtak. Det er ingen egne saksbehandlingsregler i FBV-forskriften. Dette innebærer at Helfo som godkjenningsmyndighet (vedtakskompetanse) både må forberede, vurdere og avgjøre søknader basert på generelle regler og forvaltningsrettslige prinsipper gitt i forvaltningsloven.

Som tidligere påpekt, er det i ettertid innført obligatorisk testing av elektroniske systemer hos leverandører som er godkjent. Dette er et administrativt krav som må oppfylles for å kunne iverksette godkjenningsvedtaket man har fått (operative/valgbare på Velg behandlingssted).

Godkjente leverandører følges opp tett. Helfo har etablert et oppfølgingssystem som både er generelt og individuelt tilpasset. Oppfølgingssystemet kjennetegnes i korte trekk som en løpende dialog/samhandling mellom Helfo, NPR, RHF-ene, pasientrådgiverne, ulike helseforetak og fylkesmenn.

Det kan også nevnes at det er kommet 2 klager på avslag på søknad om godkjenning. Disse er til behandling i Helsedirektoratet, og er ikke ferdig vurdert i skrivende stund.

5.4.3 Følge-med oppgaver

Helsedirektoratet har et følge-med ansvar for fritt behandlingsvalg generelt og godkjenningsordningen spesielt. Direktoratet har i 2017 månedlig utarbeidet oversikter for aktivitet, kostnader og status for søknader i godkjenningsordningen, som har blitt oversendt departementet. I tillegg skal direktoratet utarbeide følge-med rapporter, og for 2017 ble det avtalt utarbeidelse av en rapport på slutten av året (foreliggende rapport).

5.4.4 Innfasing og justering av tjenester

Det ble våren 2017 besluttet å utrede innføringen av en ny tjeneste for intensiv habilitering i godkjenningsordningen. Utredningen ble ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med representanter fra regionalt helseforetak. Det ble en krevende oppgave å konkretisere en slik tjeneste på en måte som gjorde det mulig å sette et hensiktsmessig og riktig prisnivå. Arbeidet med denne nye tjenesten, som ble innført 1. juli, ble derfor ganske ressurskrevende for direktoratet.

Helsedirektoratet har i 2017 vurdert innfasing av ytterligere nye tjenester i godkjenningsordningen, samt gjennomgått kodemessig definisjon av en del eksisterende tjenester. Det legges opp til justering av enkelte definisjoner for 2018.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no