



Fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon

Inkludering av private rehabiliteringsinstitusjoner i ordningen med fritt sykehusvalg

Publikasjonens tittel: Fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon

Utgitt: April 2014

Publikasjonsnummer: IS-2178

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

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

Forord

Fritt sykehusvalg vil si at en pasient som blir henvist til vurdering/undersøkelse/behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Det er en del av pasient- og brukerrettighetslovgivningen.

Retten har fram til nå ikke omfattet rehabiliteringen som gjøres i de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene. Det har imidlertid de senere år vært bred politisk enighet om at det er et mål at denne retten, ofte omtalt som «fritt rehabiliteringsvalg» også innføres på dette området.

I denne rapporten foreligger Helsedirektoratet sin anbefaling på hvordan ordningen med «fritt rehabiliteringsvalg» kan gjennomføres, hvilke endringer som må til for at dette skal muliggjøres og hvilke mulige konsekvenser en slik ordning kan medføre. Til hjelp med å utarbeide rapporten har Helsedirektoratet hatt bredt sammensatte eksterne og interne arbeids- og referansegrupper.

Helsedirektoratet ønsker å takke alle bidragsytere til rapporten, i særdeleshet den eksterne arbeidsgruppen som har lagt ned et stort arbeid i å frambringe rapportens faktaopplysninger og den eksterne referansegruppen som har bidratt med viktige synspunkter samt verdifulle, og i noen tilfeller alternative, innfallsvinkler.

Vi håper rapporten kan være til hjelp i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å beslutte hvordan «fritt rehabiliteringsvalg» skal gjennomføres.

Innhold

Forord.....	3
Innhold	4
Sammendrag	7
Dagens system.....	7
Anbefaling	8
Nødvendige endringer som følge av rapportens anbefalinger	9
Konsekvenser av rapportens anbefalinger.....	10
1 Innledning.....	11
1.1 Oppdraget.....	11
1.2 Organisering av oppdraget	12
1.3 Begrepsavklaringer:	14
Rehabilitering	14
Private rehabiliteringsinstitusjoner	14
Rehabilitering i helseforetak	14
Fritt sykehusvalg.....	15
2 Dagens system.....	17
2.1 Oversikt over de private rehabiliteringsinstitusjonene fordelt på regioner:	17
Helse Nord:.....	17
Helse Midt-Norge:	17
Helse Vest:.....	18
Helse Sør-Øst:.....	18
2.2 Dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene	19
2.3 Rettighetsvurdering av henvisninger	19
2.4 Vurderingsenheter	21
Vurderingsenhetens forhold til den regionale koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering (heretter kalt RKE)	21
Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner	22
Beskrivelse av eventuelle spesielle henvisningsrutiner som skiller seg fra normal praksis	23
2.5 Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region	26
2.6 Reiseutgifter	26

2.7 Egenandeler ved rehabiliteringsopphold	27
2.8 Ordningen med gjestepasientoppgjør	28
2.9 Dagens pasientstrømmer og dagens bruk av rehabiliteringstilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner	31
2.10 Avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene	32
2.11 Avtalenes lengde og oppstartstidspunkt.....	33
2.12 Den faglige og organisatoriske utviklingen på feltet.....	33
2.13 Erfaringer med fritt sykehusvalg innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	36
Fritt sykehusvalg.....	36
Organisering av henvisningspraksis og rettighetsvurdering etter rusreformen	36
Vurdering av hvordan fritt sykehusvalg fungerer i TSB.....	36
2.14 Bruk av fritt sykehusvalg og private aktører innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne	37
3 Anbefaling	38
3.1 Anbefalt modell for fritt valg.....	38
Rehabilitering i helseforetak	42
3.2 Alternative anbefalinger av modeller for fritt valg.....	43
Alternativ modell 1:.....	43
Alternativ modell 2:.....	44
Alternativ modell 3:.....	44
3.3 Øvrige anbefalinger	45
Rettighetstildeling ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon	45
Avtaler mellom regionale helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner	45
Begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon	46
Pasientrådgivning ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon.....	46
Reiseutgifter	47
Egenandeler.....	48
Gjestepasientoppgjør	49
Parametre for valg av tilbud.....	49
4 Nødvendige endringer som følge av anbefalingen	52
4.1 Juridiske:.....	52
4.2 Tekniske:.....	52
5 Konsekvenser av anbefalingen	54
5.1 Faglige konsekvenser	54
5.2 Økonomiske og administrative konsekvenser.....	55
Vedlegg 1.....	61

Vedlegg 2.....	65
Vedlegg 3.....	68
Vedlegg 4.....	72
Vedlegg 5.....	79
Vedlegg 6.....	81
Vedlegg 7.....	82

Sammendrag

Fritt sykehusvalg vil si at en pasient som blir henvist til vurdering/undersøkelse/behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Retten har fram til nå ikke omfattet rehabiliteringen som gjøres i de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene. Det har imidlertid de senere år vært bred politisk enighet om at det er et mål at denne retten, ofte omtalt som «fritt rehabiliteringsvalg» også innføres på dette området.

Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvordan fritt sykehusvalg kunne gjennomføres på dette området. Utredningen skulle inneholde en oversikt over dagens system på området, anbefaling om hvordan fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon skulle gjennomføres og hvilke juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser denne anbefalingen kunne medføre. Helsedirektoratet har hatt en ekstern arbeidsgruppe (bestående av representanter for de fire regionale helseforetakene) og en ekstern referansegruppe (bestående av representanter for brukerorganisasjonene, de private rehabiliteringsinstitusjonene, profesjonsorganisasjoner og kommunene). Denne rapporten er Helsedirektoratet sitt svar på oppdraget. Innholdet i rapporten er som følger:

Dagens system

Det finnes 50 private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. Disse leverer rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Det er gode informasjonssider på de regionale helseforetakenes nettsider knyttet til innholdet i disse tilbudene. Det er i tillegg en egen informasjonstelefon for rehabilitering som pasienter og andre kan ringe til for å få ytterligere informasjon.

For å få et rehabiliteringstilbud i disse institusjonene må pasientene rettighetsvurderes etter de samme prinsippene som når de skal ha helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Når henvisningen til privat rehabiliteringsinstitusjon kommer fra fastlege (samt avtalespesialist og eventuelle andre henvisere utenfor spesialisthelsetjenesten) har man opprettet en regional vurderingsenhet (med noen variasjoner i organisering og benevnning) i hver region for å utføre rettighetsvurderingen og for å besørge pasientrådgivningen knyttet til tilbudene. Det er opprettet noen særordninger for rettighetsvurderingen knyttet til rehabilitering for sykkelig overvekt, redegjort for i rapporten. Med noen få unntak er det ikke slik at henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner fra helseforetak går innom og/eller rettighetsvurderes i disse regionale vurderingsenhetene.

Det har vært litt forskjellig praksis hva gjelder om pasientene har fått mulighet til å velge rehabiliteringstilbud utenfor egen region. Dersom tilbudet ikke har eksistert i egen region har det blitt gitt mulighet for å få rehabilitering i andre regioner. I øvrige tilfeller har det vært

litt forskjellig praksis på området fra region til region. Pasientstrømmene ut av egen region per i dag redegjøres for i rapporten, og det synliggjøres at det er mest tilstrømming til institusjonene i Helse Sør-Øst og minst tilstrømming ut fra Sør-Øst. Reiseutgifter har kun blitt dekket for tilfeller der aktuelt tilbud ikke finnes i egen region. I øvrige tilfeller har pasienten måttet dekke ekstraavgiftene knyttet til reise ut av regionen. Det er i dag en gjestepasientoppgjørsordning lik den for fritt sykehusvalg som har blitt praktisert på området private rehabiliteringsinstitusjoner.

Det blir krevd egenandeler ved 39 av landets 50 institusjoner.

Tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene leveres etter avtale med de regionale helseforetakene. I rapporten redegjøres det for avtalene lengde og oppstartstidspunkt – i Helse Midt-Norge ble det inngått nye avtaler fra og med 1/1 2014, i de tre andre regionene inngås det nye avtaler fra og med 1/1 2015.

Det redegjøres kort for historikken på området, med fokus på da Stortinget vedtok å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de private institusjonene fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Endelig redegjøres det også kort for hvordan fritt sykehusvalg fungerer innen rusinstitusjoner og innen psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne.

Anbefaling

Det anbefales i rapporten at man utarbeider en modell for fritt valg på tvers av regioner mellom tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene som hjelper pasienten til å velge blant tilbud som er reelt sammenlignbare og tilpasset pasientens behov. For å muliggjøre dette er den anbefalte modellen relativt detaljert, der man ikke bare – som for de fleste tilbudene i dagens nettløsning for fritt sykehusvalg – opererer med hoveddiagnosegrupper og enkeltdiagnoser. I tillegg legges det opp til at man skal spesifisere funksjonsevne, livsfase, forløp, oppholds- og tilbudstype.

I tillegg anbefales det at rehabiliteringstilbudene i helseforetakene framvises på tilsvarende måte på nettsiden for fritt sykehusvalg. I hovedanbefalingen legges det ikke opp til fritt valg på tvers av helseforetak og privat rehabiliteringsinstitusjon.

Det skisseres også alternative modeller for fritt valg. I noen av disse legges det blant annet opp til valg på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er også noen alternative modeller som er enklere oppbygget enn den i hovedanbefalingen, men med redegjørelser for hvorfor dette ikke nødvendigvis fører til en enklere valgprosess for pasienten.

Øvrige anbefalinger i rapporten:

- Dagens system for rettighetsvurdering videreføres, men det anbefales at praksis harmoniseres mest mulig på tvers av regiongrensene og at man i

vurderingsenhetene ikke vurderer henvisninger fra sykehus som allerede er rettighetsvurdert.

- Dagens system for pasientrådgivning videreføres, men med økte krav om kunnskap om tilbud over hele landet. Det bør være en god forbindelse til, alternativt en samordning med, pasientrådgivningstjenesten for fritt sykehusvalg for øvrig.
- Dagens system for avtaler mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene videreføres. Det samme gjelder dagens gjestepasientoppgjørsordning regionene imellom. For begge gjelder at det nå tilkommer økte krav til dialog regionene imellom hva gjelder behovsanalyser og dertil hørende dimensjonering av tilbudene i hver region.
- Praksis med å ta egenandeler for opphold i de private rehabiliteringsinstitusjonene avvikles, for å fremme en praksis som er lik i alle institusjonene og lik den i øvrig spesialisthelsetjeneste
- Retten til dekning av reiseutgifter utvides slik at den blir lik det som praktiseres for de fleste andre tilbudene innen fritt sykehusvalg.
- Det igangsettes et arbeid for å dokumentere kvaliteten av rehabiliteringstilbudene både i helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Viktige verktøy i dette arbeidet blir utvikling av kvalitetsindikatorer og andre valgparametre relevante for fritt sykehusvalg.

Nødvendige endringer som følge av rapportens anbefalinger

- Det må gjennomføres en del juridiske endringer, herunder endring i pasient- og brukerrettighetsloven og syketransportforskriften. I tillegg må forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner avvikles.
- Det må gjennomføres tekniske endringer. Den anbefalte modell for fritt valg kan ikke gjennomføres på dagens internettsider for fritt sykehusvalg. Det anbefales at man får opprettet den planlagte nye plattformen for fritt sykehusvalg på nettsiden helsenorge.no, og at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon kommer inn der.

Konsekvenser av rapportens anbefalinger

Faglige fordeler:

Når tilbudet om rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg på lik linje med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten, vil det kunne bidra til å:

- involvere brukerne/pasientene og gi dem innflytelse i egen rehabiliteringsprosess.
- sikre likere tilgang på rehabilitering uansett hvor i landet man bor.
- bedre kvaliteten på tilbudet totalt sett ved den økte konkurransen institusjonene imellom som fritt valg vil medføre, samt satsningen på synliggjøring av tilbudenes innhold og kvalitet som Helsedirektoratet anbefaler i denne rapporten.
- bedre utnyttelsen av kapasiteten på området. Pasienter kan nyttiggjøre seg eventuell ledig kapasitet i andre deler av landet dersom det er lang ventetid på deres nærmeste, aktuelle private rehabiliteringsinstitusjon.

Faglige utfordringer:

- Å få til god samhandling med pasientens hjemkommune dersom rehabiliteringstilbudet gis på en annen kant av landet.
- At oppbyggingen av lokale tilbud kan trues av lavere etterspørsel som følge av at pasienter velger seg til tilbud i andre regioner.

Økonomiske konsekvenser:

- Økte kostnader knyttet til reiseutgifter.
- Tapte inntekter som følge av bortfall av egenandeler.
- Potensielt større økonomisk uforutsigbarhet både for de private rehabiliteringsinstitusjonene og de regionale helseforetakene dersom pasientstrømmene endres mye og uventet i forhold til hva man forventer og hva som er dagens situasjon.
- Økte kostnader til pasientrådgivning.
- Kostnader knyttet til oppgradering av teknisk plattform for fritt sykehusvalg (denne kostnaden skyldes hele ordningen, ikke bare fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon).
- Kostnader knyttet til gjennomføring av nasjonale brukerundersøkelser.

1 Innledning

1.1 Oppdraget

Helsedirektoratet fikk i april 2013 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de skulle motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Utredningen skulle inneholde en beskrivelse av faglige problemstillinger knyttet til en slik innføring, samt en oversikt over juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser¹. Oppdraget ble besvart i brevform i juni 2013². Det ble i brevet foreslått et oppfølgingsoppdrag for å gå dypere ned i både anbefalinger og saksdetaljer. Oppfølgingsoppdraget³ ble mottatt i 29. august 2013 og besvares herved med denne rapporten.

Som ledd i dette oppfølgingsoppdraget skulle følgende prosjektmål nås:

- Gi en detaljert beskrivelse av dagens system innenfor rehabilitering
 - o Henvisningsrutiner
 - o Tildeling av opphold
 - o Avtaler
- Gi en oversikt over dagens pasientstrømmer
 - o Hvor mange behandlet utenfor egen region
 - o Hvordan håndteres reiseutgiftene
- Kartlegge kapasiteten på området
 - o Mulig med fritt valg innenfor dagens kapasitet?
- Gi detaljert beskrivelse av tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene
 - o Innhold i tilbudet
 - o Pasientgrupper
 - o Mulighet for ivaretagelse av individuelle behov
 - o Lokalteter
 - o Fasiliteter
 - o Faglig bredde og tyngde
- Gi en redegjørelse for om innføring av fritt valg vil medføre behov for endringer i dagens avtalesystem mellom RHFene og de private rehabiliteringsinstitusjonene
- Drøfte mulig modell for økonomisk oppgjør mellom helseregionene
 - o Gjestepasientoppgjør med prisdifferensiering?

I dialogen mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i prosjektperioden er kravet til en detaljert beskrivelse av dagens tilbud tonet ned i oppdraget til fordel for en

¹ Se rapportens Vedlegg 3

² Se rapportens Vedlegg 4

³ Se rapportens Vedlegg 5

beskrivelse av hvordan modellen for fritt valg mellom de forskjellige tilbudene bør utformes. I tillegg er betraktninger rundt egenandeler i de private rehabiliteringsinstitusjonene tatt inn som en del av oppdraget.

1.2 Organisering av oppdraget

Oppdraget med å utarbeide denne rapporten har vært forankret i Helsedirektoratets spesialisthelsetjenestedivisjon, med divisjonsdirektør Cecilie Daae (og stedfortreder Kristin Cordt-Hansen) som øverste ansvarlige. Ansvar for gjennomføring av prosjektet har ligget i avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander i samme divisjon, under ledelse av avdelingsdirektør Anne-Stina Nordmo. Seniorrådgiver Bjørnar Alexander Andreassen i samme avdeling har hatt prosjektlederansvaret.

Det har vært en intern referansegruppe i Helsedirektoratet. Denne har vært bredt sammensatt i og med at dette er et område som omfatter de fleste av Helsedirektoratets divisjoner. De som har sittet i den interne referansegruppen er:

Divisjon eHelse og IT:

- Barbra Schjoldager Frisvold (avdeling statistikk og kodeverk)
- Jannie Margrethe de Grijs (avdeling statistikk og kodeverk)

Divisjon Helseøkonomi og Finansiering:

- Eva Wensaas (avdeling finansiering og DRG)
- Helga Rudjord (avdeling behandlingsrefusjon)
- Ellen Nygårdsmoen (avdeling behandlingsrefusjon)

Divisjon Primærhelsetjenester:

- Sigrunn Gjønnnes (avdeling minoritetshelse og rehabilitering)

Divisjon Spesialisthelsetjenester:

- Nina Cecilie Dybhavn (avdeling bioteknologi og helserett)
- Guri Spilhaug (avdeling psykisk helsevern og rus)
- Anne Solberg (avdeling psykisk helsevern og rus)

Det har vært en ekstern arbeidsgruppe i prosjektet. Arbeidsgruppen har vært sammensatt av opptil 3 personer fra hvert regionale helseforetak. Den eksterne arbeidsgruppen har vært hovedkilden til det meste av saksgrunnlaget i denne rapporten. De som har sittet i den eksterne arbeidsgruppen er:

Helse Nord RHF:

- Ann-Björg Fyhn
- Kirsti Rasmussen

- Knut Harald Tjeldnes

Helse Midt-Norge RHF:

- Steinar Gjærde
- Nancy Haugan
- Laila Trætli

Helse Vest RHF:

- Edith Lunde
- Hilde Rudlang
- Hanne Løvereide Årstad

Helse Sør-Øst RHF:

- Tove Hæreid Otterstad
- Heidi Blindheim
- Lars Nysether

Det har også vært en ekstern referansegruppe i prosjektet. Denne har vært sammensatt av representanter for de private rehabiliteringsinstitusjonene, brukerorganisasjonene, profesjonsorganisasjoner og kommunene. De som har sittet i den eksterne referansegruppen er:

Representanter fra brukerorganisasjoner:

- Andreas Habberstad (FFO)
- Eva Buschmann (FFO)
- SAFO hadde ikke anledning til å være med i referansegruppen, men har vært på e-postlista og har mottatt all relevant informasjon i prosessen. De har også fått muligheten til å komme med innspill til innholdet i rapporten.

Representanter for de private rehabiliteringsinstitusjonene:

- Hilde Marie Wangen (Virke)
- Finn Berset (Virke)
- Arild Furuseth (NHO Service)
- Ingvild Nyheim/Anu M. Piira (NHO Service)
- Bente Krauss (Spekter)
- Inger Johanne Osland (KS Bedrift)

Representant for kommuneperspektivet:

- Sigrid Askum (KS)

Representanter fra forskjellige profesjonsorganisasjoner:

- Lise Færevaa (Norsk Sykepleierforbund)
- Siri Hvamstad (Norsk Sykepleierforbund)

- Marianne Aars (Norsk Fysioterapeutforbund)
- Marit Helene U. Olsen (Norsk Fysioterapeutforbund)
- Toril Laberg (Norsk Ergoterapeutforbund)
- Jostein Grimsmo (Norsk Forening for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering/Den Norske Legeforening)

1.3 Begrepsavklaringer:

I dette kapittelet følger definisjoner av noen av de sentrale begrepene i denne rapporten.

Rehabilitering

Rehabilitering er i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator definert slik:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.⁴

Denne rapporten omhandler den delen av «det somatiske» rehabiliteringsfeltet som kan beskrives som «spesialisert rehabilitering» eller «rehabilitering i spesialisthelsetjenesten».

Private rehabiliteringsinstitusjoner

De private rehabiliteringsinstitusjonene som omhandles i denne rapporten er de 50 som har avtaler med regionale helseforetak om å tilby rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. I 2012 var det 25 953⁵ pasienter som fikk rehabilitering i en privat rehabiliteringsinstitusjon som har avtale med et RHF.⁶

Flere av disse institusjonene har også inngått avtaler med andre, for eksempel kommuner eller NAV. Disse plassene vil ikke være aktuelle for fritt sykehusvalg på rehabiliteringsområdet, og omhandles derfor ikke i denne rapporten.

Det finnes andre private rehabiliteringsinstitusjoner enn de 50 som har avtale med de regionale helseforetakene. Disse er ikke med i denne rapportens vurderinger og anbefalinger.

Rehabilitering i helseforetak

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten gjøres enten i helseforetak eller i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. Rehabiliteringen i

⁴ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

⁵ Det reelle antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner vil være noe høyere enn dette, da bl.a. Betania Malvik og LHL Helse AS Glittreklubben ikke er tatt med.

⁶ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2012.pdf>

helseforetak gjøres på egne rehabiliteringsavdelinger der selve rehabiliteringen er hovedårsak til oppholdet (i kodeverket og statistikken definert som primærrehabilitering) eller på andre avdelinger i helseforetakene der rehabiliteringen gis i tillegg til øvrig behandling (i kodeverket og statistikken som oftest definert og sortert som sekundærrehabilitering). I et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten kan en pasient ha fått rehabilitering på en akutt- eller annen avdeling i helseforetaket, en rehabiliteringsavdeling i helseforetaket og på en privat rehabiliteringsinstitusjon før utskrivning til kommunen. I 2012 var det 34 086 pasienter som fikk rehabilitering i helseforetak.⁷

Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg vil si at en pasient som blir henvist til vurdering/undersøkelse/behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt undersøkelse eller utredning og behandling innenfor fysisk helse (somatikk), psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Pasienten kan imidlertid ikke velge behandlingsnivå. Det vil si at retten til fritt sykehusvalg ikke innebærer en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Retten er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven §2-4.⁸

Fritt sykehusvalg Norge er en tjeneste som skal gi grunnlag for å ta informerte valg om behandlingssted.

Tjenesten skal gi en samlet oversikt over behandlingssteder, behandlingstilbud, ventetider, volumtall og rettigheter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal den bidra til å utjevne forskjeller i ventetider mellom behandlingssteder, for dermed å kunne utnytte kapasiteten bedre. Tjenesten består av nettsiden www.frittsykehusvalg.no og telefontjenesten 80041004. Telefontjenesten er tilknyttet de regionale helseforetakene og betjenes av erfarne pasientrådgivere med sykepleierutdanning.⁹

I pasient- og brukerrettighetsloven er retten til fritt sykehusvalg konkretisert som følger i §2-4: "Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsykiatrisk senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak."¹⁰

Private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke med på denne lista per i dag. Det er imidlertid rehabiliteringstilbudene i helseforetak, som i denne sammenhengen sorterer under

⁷ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2012.pdf>

⁸ <http://www.frittsykehusvalg.no/Rettigheter/>

⁹ <http://helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/brukerperspektivet/fritt-sykehusvalg-/Sider/default.aspx>

¹⁰ http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

undersøkelse, utredning og behandling innenfor fysisk helse (somatikk). Rehabilitering i helseforetak er imidlertid ikke synliggjort på nettsidene for fritt sykehusvalg.

Helsedirektoratet har parallelt en prosess gående på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med å utrede hvordan såkalt fritt behandlingsvalg kan gjennomføres. Det understrekes i denne sammenhengen at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon ikke er det samme som fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg innebærer rettslig sett at det etableres en ordning der alle private aktører som oppfyller visse vilkår kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Det innebærer at pasienten, etter å ha fått tildelt en rett til helsehjelp av det offentlige, kan velge om de vil behandles på et offentlig sykehus, en institusjon som har avtale med det offentlige eller hos en privat aktør som leverer gjennom det frie behandlingsvalget.

2 Dagens system

I dette kapitlet redegjøres det for hvordan forvaltningen av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene er i dag, med fokus på:

- rutiner for henvisning av pasienter til de private rehabiliteringsinstitusjonene
- dagens muligheter for valg av rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region
- dagens pasientstrømmer på tvers av regionene
- dekning av reiseutgifter
- betaling av egenandeler
- gjestepasientoppgjørsordningen
- dagens avtaler og avtalenes lengde
- den historiske utviklingen på feltet
- dagens faglige tilbud

2.1 Oversikt over de private rehabiliteringsinstitusjonene fordelt på regioner:

De 50 private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene om å levere rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå er plassert i alle fire helseregioner i Norge. 6 av dem er i region Nord, 8 er i region Midt, 6 er i region Vest mens 30 er plassert i region Sør-Øst.

Helse Nord:

1. Opptreningssenteret i Finnmark
2. Skibotn Rehabilitering
3. Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad
4. Valnesfjord Helseportssenter.
5. Nordtun HelseRehab
6. Helgeland Rehabilitering
- MS-senteret Hakadal*
- Evjeklinikken*

*Helse Nord RHF har inngått direkte avtale med MS-senteret Hakadal og Evjeklinikken om leveranse av noen rehabiliteringsplasser.

Helse Midt-Norge:

7. Betania Malvik
8. Namdal Rehabilitering
9. Røros Rehabiliteringssenter
10. Coperiosenteret
11. Selli Rehabiliteringssenter

12. [Muritunet, Senter for Mestring og rehabilitering](#)
13. [Meråker Sanitetsforenings Kurbad](#)
14. [Kastvollen Rehabiliteringssenter](#)

Helse Vest:

15. [Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS](#)
16. [Krokeide Rehabilitering \(LHL Helse AS\)](#)
17. [Nærland Rehabilitering \(LHL Helse AS\)](#)
18. [Rehabilitering Vest](#)
19. [Åstveit Helsesenter AS](#)
20. [Ravneberghaugen Rehabiliteringssenter](#)

Helse Sør-Øst:

21. [Bakke Senter for Mestring og Rehabilitering](#)
22. [Beitostølen Helsesportsenter](#)
23. [Stiftelsen CatoSenteret](#)
24. [Evjeklinikken](#)
25. [LHL Helse AS Feiringklinikken](#)
26. [FRAM helserehab](#)
27. [Friskvernklinikken](#)
28. [LHL Helse AS Glittreklinikken](#)
29. [Godthaab Helse og Rehabilitering](#)
30. [Grande Rehabiliteringssenter](#)
31. [Hernes Institutt](#)
32. [Hokksund Rehabiliteringssenter](#)
33. [Idrettens Helsesenter](#)
34. [Jeløy Kurbad](#)
35. [Landaasen Rehabiliteringssenter](#)
36. [MS-Senteret Hakadal](#)
37. [NIMI](#)
38. [NKS Eiksåsen MS-Senter](#)
39. [Norsk Diabetikersenter](#)
40. [Oppfølgingsenheten Frisk](#)
41. [PTØ-Senteret Hamar](#)
42. [Rehabiliteringssenteret AiR](#)
43. [Ringel Rehabiliteringssenter](#)
44. [Røysumtunet](#)
45. [Signo Conrad Svendsen Senter](#)
46. [Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter](#)
47. [Steffensrud Rehabiliteringssenter](#)
48. [Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken](#)
49. [Tonsåsen Rehabilitering](#)
50. [Vikersund Kurbad](#)

2.2 Dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene

Antallet institusjoner i hver region synliggjør at tilbudet er forskjellig avhengig av hvor i landet man bor. Det finnes regionalt gode oversikter over hvilke tilbud som er tilgjengelige;

Helse Nord:

<http://www.helse-nord.no/rehabilitering/category18272.html>

Helse Midt-Norge:

<http://www.hnt.no/rehr>

Helse Vest:

<http://www.helse-vest.no/pasient/behandlinger/Sider/rehabiliteringsinstitusjonar.aspx>

Helse Sør-Øst:

<http://www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud/Sider/side.aspx>

I tillegg finnes Informasjonstelefonen for ReHabilitering¹¹

- drives av de regionale koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering
- områdestyrt slik at man kommer til den regionale koordinerende enheten man tilhører



2.3 Rettighetsvurdering av henvisninger

Litt i underkant av halvparten av pasientene som får rehabilitering på en privat rehabiliteringsinstitusjon er henvist fra fastlegen. Disse henvisningene må rettighetsvurderes i løpet av maksimalt 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.

¹¹ <http://www.helsebiblioteket.no/habilitering-og-rehabilitering>

Pasienten må, etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, tildeles ett av to for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:

- Behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte

I tillegg til pasient- og brukerrettighetsloven, må man se hen mot prioriteringsforskriften og relevante prioriteringsveiledere i rettighetsvurderingen. I denne sammenhengen er relevante prioriteringsveiledere først og fremst følgende:

- IS-1712 Prioriteringsveileder Fysikalsk Medisin og Rehabilitering
- IS-1820 Prioriteringsveileder Habilitering av Barn og Unge i Spesialisthelsetjenesten
- IS-1821 Prioriteringsveileder Habilitering av Voksne i Spesialisthelsetjenesten

Prioriteringsforskriften gir følgende vilkår for å få innvilget rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og disse vil gjelde også når henvisning til privat rehabiliteringsinstitusjon skal rettighetsvurderes;

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet gir i del to¹² også en indikasjon på hvilke rehabiliteringsoppgaver som naturlig hører inn under henholdsvis kommune og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

De kommende endringene i pasient- og brukerrettighetsloven medfører at nivået «behov for, men ikke rett til, spesialisthelsetjeneste» faller bort. De medfører også at fristen for å ha rettighetsvurdert henvisningen blir på 10 dager.

Det er også mulig å få rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner ved henvisning fra øvrig spesialisthelsetjeneste. Litt over halvparten av den totale pasientmassen i disse

¹² <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet.pdf>

institusjonene kommer inn på denne måten. Som hovedregel skal det da ikke foretas noen ny rettighetsvurdering eller fristfastsettelse, pasienten anses å være i et forløp i spesialisthelsetjenesten der rettighetsvurdering allerede er utført og der videre henvisninger og ventetider behandles ut fra kravet om medisinsk forsvarlighet.

Svaret på rettighetsvurderingen skal sendes både pasient og pasientens fastlege/henviser.

2.4 Vurderingsenheter

Rettighetsvurderingen, som omtalt i kapittel 2.3, utføres av regionale vurderingsenheter når henvisning sendes fra fastlege/andre henvisere til en privat rehabiliteringsinstitusjon. Navnet på disse enhetene er som følger:

Helse Nord:

- Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Nord-Norge(RVE Nord)

Helse Midt-Norge:

- Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner Midt-Norge (ReHR)

Helse Vest:

- Regional vurderingseining for rehabilitering (forkortet Vurderingseininga)

Helse Sør-Øst:

- Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Vurderingsenhetens forhold til den regionale koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering (heretter kalt RKE)

Helse Nord:

- RVE Nord er organisert i Rehabiliteringsklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN). RKE er organisert i Senter for samhandling og telemedisin, UNN. Det avholdes regelmessige møter med utveksling av informasjon.

Helse Midt-Norge:

- Helse Midt-Norge har lagt denne funksjonen til et av HF'ene, Helse Nord-Trøndelag. Leder for ReHR er også representert i RKE, og deltar i faste møter der.

Helse Vest:

- Både Vurderingseininga og RKE er funksjoner som er lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering (lokalisert i Helse Bergen HF).

Helse Sør-Øst:

- Vurderingsenheten er samlokalisert med RKE på Sunnaas sykehus HF. RKE er en del av samhandlingsavdelingen ved sykehuset.

Henvisninger fra helseforetak til private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Nord:

- Alle henvisninger fra helseforetakene går gjennom vurderingsenheten¹³.
Unntak for henvisninger etter hofte-/kneprotese operasjoner hvor det er direkte overføringsrutiner mellom sykehusene og institusjonene. Det foretas ikke ny vurdering for pasienter som er innlagt på sykehus og som skal overføres direkte. Sykehusavdelingen tar direkte kontakt med institusjonen for nærmere avtale. Disse skal RVE kun registrere i ettertid.
- RVE vurderer ytelse, finner best egnet institusjon, angir gjennomsnittlig ventetid og det vurderes om pasienten er i et forløp.
 - a) Hvis pasienten **ikke er i et forløp** rettighetsvurderes henvisningen på samme måte som om den var fra primærhelsetjenesten. Dette gjelder de fleste pasienter som ikke er i et akutt forløp og som for eksempel er henvist ved en rutinekontroll hos spesialist.
 - b) Hvis pasienten **er i et forløp** vurderes det innen hvilken frist pasienten bør få tilbudet når spesialist ikke har angitt tidspunkt for når behandling skal iverksettes. Grunnlag er hvilken ventetid som anses som medisinsk faglig forsvarlig.

Dette gjelder alle pasienter som skal overflyttes fra akuttavdelinger eller hvor det er en medisinsk faglig begrunnet ventetid etter akuttbehandling (f. eks pga immobilisering etter brudd).

¹³ Rutiner utarbeidet sammen med Fylkesmannen i Troms

Helse Midt-Norge:

- Henvisninger fra Helse Nord-Trøndelag HF går via ReHR. Dette for at ReHR skal ha oversikt, rettighetsvurderingene fra helseforetaket overprøves ikke. Henvisninger fra Helse Møre og Romsdal og fra St.Olavs Hospital HF går direkte til de private rehabiliteringsinstitusjonene.
- Helseforetakene benytter rådgivning fra ReHR for valg av plass på bakgrunn av kapasitet, ventetid og informasjon om tilbud. Råd og veiledning fra ReHR fører i noen tilfeller til at helseforetakene finner alternative tilbud til pasientene.

Helse Vest:

- Henvisninger for pasienter i HF går direkte til privat rehabiliteringsinstitusjon.

Helse Sør-Øst:

- Henvisninger fra HF går direkte til institusjonene uten å være innom RKE.

Beskrivelse av eventuelle spesielle henvisningsrutiner som skiller seg fra normal praksis**Helse Nord:**

- Sykelig overvekt. Rettighetsvurderes av spesialister ved overvektssentrene i Helse Nord. Henvisningene sendes deretter RVE for valg av riktig ytelse og valg institusjon.

Helse Midt-Norge:

- Sykelig overvekt – skal vurderes ved Fedmepoliklinikken ved St.Olavs Hospital og Overvektspoliklinikken ved Ålesund sjukehus i Helse Møre og Romsdal.
- Arbeidsrettet rehabilitering – vurderes ved den enkelte rehabiliteringsinstitusjon. Dette har til nå vært FoU-aktivitet. I de nye avtalene fra 2014 er dette en del av de ordinære avtalene, og det skal vurderes om også arbeidsrettet rehabilitering skal kanaliseres via ReHR på linje med de øvrige tilbudene.

Helse Vest:

- Eneste eksplisitte unntaket gjelder sykelig overvekt. Det er etablert en poliklinikk for sykelig overvekt i hvert helseforetak, som skal vurdere alle henvisninger. Henvisningene skal vurderes i tråd med prioriteringsforskrift og veiledere, og det skal vurderes om det skal tilbys kirurgi og/eller livsstilsbehandling. Nærmere beskrivelse fra Helse Vest RHF sine nettsider¹⁴:

"Helse Vest har bygd opp eit solid tilbod innanfor sjukeleg overvekt. Alle helseføretaka i regionen har eit kirurgisk tilbod for pasientar med overvekt, og Helse Vest har avtale med to private rehabiliteringsinstitusjonar om livsstilsbehandling.

Individuell vurdering

Helseføretaka har ansvar for å vurdere dei ulike behandlingalternativa (type kirurgisk behandling, livsstilsbehandling) for kvar pasient.

Livsstilsbehandling

Det er tilbod om livsstilsbehandling ved Hauglandssenteret i Fjaler i Sogn og Fjordane, og ved Nærland Rehabilitering på Jæren. Behandlinga dreier seg om å endre livsstil, med fokus på sunn mat, mosjon og mental trening.

Krav som må oppfyllest:

For å bli vurdert for livsstilsbehandlinga, må pasienten og ha ein kroppsmasseindeks (KMI) på meir enn 40, eller 35 med tilleggslidingar som følgje av overvekt.

Pasienten må vere i stand til å delta på trening som følgjer av behandlingsopplegga. Pasienten må vidare vere motivert for ei varig livsstilsendring."

¹⁴ <http://www.helse-vest.no/pasient/behandlinger/Sider/sjukeleg-overvekt.aspx>

Helse Sør-Øst:

- Kun sykkelig overvekt.

Etter at tiltak har vært forsøkt i kommune uten resultat må pasienten henvises til HF. Dersom utredning og tiltak så ikke har effekt henvises pasient til sentre for sykkelig overvekt (Aker og Vestfold) som kan henvise til privat rehabiliteringsinstitusjon. Da dette har medført veldig nedgang i antall pasienter innen dette området i de aktuelle private rehabiliteringsinstitusjonene har man nå midlertidig "lempet" på ordningen – HF kan henvisedirekte til rehabiliteringsinstitusjon.

Mer informasjon fra Helse Sør-Øst RHF sine nettsider¹⁵:

Behandling av pasienter med sykkelig overvekt er en livslang behandling for de menneskene som er berørt. Det kreves innsats over tid både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen. Sykelig overvekt er definert hos personer med enten

1. Voksne:
 - BMI større eller lik ($\geq$) 35 kg/m² med minst en fedmerelatert følgesykdom
 - eller
 - BMI større eller lik ($\geq$) 40 kg/m² med eller uten fedmerelatert følgesykdom
2. Barn og ungdom under 18 år med fedme iso KMI 35 eller høyere

Pasienter som kan ha behov for rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten skal først henvises til utredning for sin overvektspromblematikk ved sitt sykehus.

I tillegg til tilbud om livsstilsbehandling i noen av helseforetakene har Helse Sør-Øst RHF inngått avtale (2011-2014) om kjøp av livsstilsbehandling fra fem private rehabiliteringsinstitusjoner, hvorav to også har tilbud til barn og unge.

Dersom tiltak ikke fører frem i helseforetaket kan pasienten henvises videre til Senter for sykkelig overvekt, Oslo universitetssykehus, Aker og Senter for sykkelig overvekt, Sykehuset i Vestfold hvor det vurderes hvorvidt pasienten skal opereres eller tilbys et opphold ved en privat rehabiliteringsinstitusjon for livsstilsbehandling

¹⁵ <http://www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering/rehabiliteringstilbud/sykkelig-overvekt/Sider/informasjon-om-henvisningsrutiner-for-pasienter-med-sykkelig-overvekt.aspx>

2.5 Dagens praksis hva gjelder valg av rehabiliteringsinstitusjon i en annen region

Helse Nord:

- Helse Nord har avtale om et visst antall plasser på de forskjellige institusjonene i region nord, og prioriterer bruk av disse plassene først.
- Pasientens ønske om institusjon skal imøtekommes så langt det er mulig. Pasienten kan få innvilget tilbud utenfor region dersom aktuelt tilbud ikke finnes i egen region. Dette gjelder også når ventetid på relevant tilbud i egen region skulle være for lang.

Helse Midt-Norge:

- Dersom det ved ReHR vurderes at det finnes et godt nok tilbud i egen region blir pasienten kontaktet av rådgiver ved ReHR. Pasienten informeres om tilbudet i egen region. Dersom pasienten allikevel ønsker å benytte tilbud i annen region er det greit. Han/hun må da dekke deler av reisen selv, og informeres om dette – både muntlig og i vedtaksbrevet fra ReHR.

Helse Vest:

- I mandatet for Vurderingseininga heter det at enheten skal «etablere tilvisingsrutinar i samarbeid med tilvisande instansar og rehabiliterings-institusjonane, som så langt som mogleg ivaretek pasientens val».

Ifølge Vurderingseiningas rutiner tildeles pasienten tilbud utenfor regionen:

- a) Dersom aktuelt tilbud ikke finnes i egen region.
- b) Dersom pasient/fastlege oppgir særlige grunner til at pasienten må ha tilbud ved institusjon utenfor egen region.
- c) dersom ventetid på relevant tilbud i egen region skulle være for lang.

Helse Sør-Øst:

- Helse Sør-Øst oppgir at de allerede praktiserer «fritt rehabiliteringsvalg».

2.6 Reiseutgifter

Pasienter som får innvilget opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, har rett til dekning av reiseutgifter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Det er gitt nærmere regler i Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Pasienten betaler en egenandel som i 2014 er 135 kroner hver vei. Egenandelen kan regnes med i oppsamlingen for å nå egenandelstak 1.

Ved rehabiliteringsopphold dekkes reiseutgifter til de institusjonene innenfor egen helseregion som regionalt helseforetak har avtale med. Helseregionene dekker reise til rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region dersom det ikke finnes relevant tilbud i egen region.

Dersom pasienter velger å reise til en institusjon utenfor egen helseregion som det regionale helseforetaket ikke har avtale med, må pasienten selv organisere reisen og betale hele kostnaden selv. I tillegg kan pasienten søke om å få refundert tilsvarende det det ville kostet å reise til nærmeste rehabiliteringsinstitusjon i egen helseregion.¹⁶

2.7 Egenandeler ved rehabiliteringsopphold

Det kan ikke kreves egenandel ved døgnrehabilitering i helseforetak. Ved poliklinisk rehabilitering kan det kreves én egenandel på 315 kroner per pasient per program. Det tverrfaglige programmet er definert som én helsehjelpsepisode, selv om programmet går over flere dager. Denne egenandelen inngår i egenandelstak 1 som i 2014 er 2105 kroner.

Private rehabiliteringsinstitusjoner kan med hjemmel i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner¹⁷ kreve en egenandel som fastsettes av Helse og omsorgsdepartementet. I 2014 er egenandelen 128 kroner per døgn. Denne egenandelen inngår i ordningen med egenandelstak 2 som i 2014 er 2670 kroner. Retten til å kreve egenandel gjelder både for døgnopphold og dagopphold.¹⁸

Det er ulik praksis med hensyn til innkreving av egenandeler i de fire helseregionene. I Helse Midt-Norge og Helse Vest krever alle institusjonene egenandeler, i Helse Nord er det en institusjon (Valnesfjord helsesportsenter) som ikke krever egenandel og i Helse Sør-Øst er det 10 av 30 institusjoner som ikke krever egenandel.

Følgende institusjoner i Helse Sør-Øst krever ikke egenandeler: Beitostølen Helsesportssenter, Rehabiliteringssenteret AiR, Hernes Institutt, Glittreklinikken, Feiringklinikken, Signo Conrad Svendsen Senter, Røysumtunet, MS-Senteret Hakadal, PTØ-senteret Hamar og NKS Eiksåsen MS-Senter.

¹⁶ <http://www.pasientreiser.no/rettigheter/rehabilitering/>

¹⁷ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-20-1629>

¹⁸ Presisert i Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2014

2.8 Ordningen med gjestepasientoppgjør

Hver region inngår driftsavtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene som ligger i egen region. Når vertsregionen får pasienter til "sine rehabiliteringsinstitusjoner" fra andre regioner betaler de andre regionene et gjestepasientoppgjør til vertsregionen. Det ligger en prisdifferensiering i ordningen ved at vertsregionen viderefakturerer en gjennomsnittspris per døgn per institusjon. Det faktureres ut fra pasientstrømrapporter levert fra NPR.

Arbeidsgruppen melder at det er visse utfordringer med dette, da de rapporterer at det er en del feilkilder i NPR-rapportene. For å få en bedre oversikt over pasientflyten mellom helseregionene, samt bruk av de ulike delytelsene i henhold til ytelsesavtale, så innførte Helse Sør-Øst RHF (som mottar de fleste gjestepasientoppgjørene) høsten 2013 et eget rapporteringssystem for rapportering av ordinære gjestepasienter og faktisk bruk av ytelsesavtalen. Målet på sikt er at NPR-rapportene skal kunne gi denne informasjonen. NPR-rapportene er tertialvise.

Sett bort fra utfordringene knyttet til NPR-rapportene, melder arbeidsgruppen at dagens gjestepasientoppgjørsordning fungerer tilfredsstillende, og at det ikke er behov for ytterligere prisdifferensieringer som vil øke administrasjonsbyrden.

Merknad fra Norsk pasientregister (NPR) knyttet til dette kapittelet:

Norsk pasientregister (NPR) vil presisere at det har vært utfordringer knyttet til noe underrapportering av dagopphold fra rehabiliteringsinstitusjonene. NPR har tatt dette opp med de det gjelder ved flere anledninger og ser nå en mer komplett rapportering også av dagopphold inn til NPR.

For å sikre at hver region greier å oppfylle sitt sørge for-ansvar har de regionale helseforetakene i et AD-møtenotat ¹⁹ - altså et notat fra møtet mellom de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene – foreslått følgende tiltak:

Prinsipper for de fremtidige avtalene:

1. *Helseregionene kan benytte hverandres avtaler på tvers av regionsgrenser ut fra prinsippene om « fritt sykehusvalg» og gjestepasientoppgjør.*
2. *Det inngås kun en avtale pr institusjon. Dette innebærer at regionene bare inngår avtaler med institusjoner i egen region.*
3. *Vertsregionen kan inngå "tilleggsavtale" med aktuell institusjon, dersom andre regioner har meldt stort behov for denne tjenesten. Gjesteregionen påtar seg det økonomiske ansvar i henhold til "tilleggsavtale".*
4. *Det skal ikke foregå kjøp av rehabiliteringsplasser utenfor avtale.*

Innspill til hvordan dette kan løses:

I alle avtaler tas det hensyn til en normal bruk av gjestepasienter.

Dersom en region vet at de har behov for et tilbud som ikke dekkes i egen region skal dette behov meldes den region som har det aktuelle tilbud (vertsregionen). Ut fra de innmeldte behov skal vertsregionen inkludere dette behovet i avtalen med aktuell institusjon, og det skal fremgå av avtalen det volum den enkelte aktuelle region skal stå økonomisk ansvarlig og betale direkte for.

Behovet fra den enkelte region (gjesteregion) skal baseres på følgende prinsipper:

- *regionen har et stort behov, volummessig, innen en type tjeneste som ikke dekkes i egen regionen, eller*
- *behovet bygger på en spisskompetanse som ikke finnes i egen region*

Vertsregionen vil da inngå tilleggsavtaler for de andre regionene ut fra ovennevnte prinsipper. Gjesteregionen forplikter seg til å kjøpe det antall døgn som framgår av tilleggsavtalen.

En viktig presisering er at vertsregionen fremforhandler tilleggsavtaler på vegne av gjesteregionens innmeldte behov og ramme, men det er gjesteregionen som formelt blir avtalepart i tilleggsavtalen med institusjonen.

¹⁹ Vedlegg nr. 1

Det er i denne sammenhengen viktig å gjøre oppmerksom på at prinsippene og tiltakene fra AD-møtenotatet redegjør for hvordan man kan håndtere en situasjon der noen tilbud ikke finnes i egen region. Ved innføring av fritt sykehusvalg, slik det beskrives i denne rapporten, er det også en mulighet for at etterspørselen etter å reise ut av egen region på tross av at et tilsvarende tilbud finnes der blir større.

2.9 Dagens pasientstrømmer og dagens bruk av rehabiliteringstilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner

Tabellen viser dagens pasientstrømmer innenfor de private rehabiliteringsinstitusjonene på tvers av regionene uttrykt i oppholdsdøgn²⁰.

Bostedsregion	Antall oppholdsdøgn egne pasienter, totalt	Herav antall oppholdsdøgn i andre regioner (forbruk gjestepasienter)	Andel oppholdsdøgn i andre regioner, %-vis forbruk gjestepasienter	Sum aktivitet i institusjoner lokalisert i regionen	Herav antall oppholdsdøgn levert til andre regioner	% av kapasitet levert til andre regioner
Helse Sør-Øst	416 957	3 624	0,9 %	444 135	30 802	6,9 %
Helse Vest	85 058	12 470	14,7 %	73 520	932	1,3 %
Helse Midt	95 994	12 152	12,7 %	88 363	4 521	5,1 %
Helse Nord	81 488	9 546	11,7 %	73 479	1 537	2,1 %
Sum	679 497	37 792	5,6 %	679 497	37 792	5,6 %

Som det framgår av oversikten er det Helse Sør-Øst som leverer mest av sin kapasitet til andre regioner (6,9 %). Dernext følger Helse Midt-Norge (5,1 %). Helse Nord og Helse Vest leverer relativt lite av sin kapasitet til andre regioner (henholdsvis 2,1 % og 1,3 %). Tabellene²¹ viser dagens pasientstrømmer målt i antall pasienter som reiser fra hvilken region til hvilken region for å få rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon.

Helse Sør-Øst-pasienter behandlet utenfor egen region:

Helse Vest	35
Helse Midt-Norge	106
Helse Nord	40
Total	181

Helse Vest-pasienter behandlet utenfor egen region:

Helse Sør-Øst	579
Helse Midt-Norge	28
Helse Nord	13
Totalt	620

²⁰ NPR-tall fra 2012

²¹ Tall hentet fra Norsk Pasientregister

Helse Midt-pasienter behandlet utenfor egen region:

Helse Sør-Øst	461
Helse Vest	10
Helse Nord	34
Totalt	505

Helse Nord-pasienter behandlet utenfor egen region:

Helse Sør-Øst	459
Helse Vest	9
Helse Midt-Norge	69
Totalt	537

Det totale antall pasienter som i 2012 fikk rehabilitering på rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region er i følge dette på 1843.

Når det gjelder hvor mange pasienter innen hver region som får rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon (basert på pasientens bostedsregion, ikke hvor rehabiliteringen gis), er det relativt store regionale forskjeller. I Helse Sør-Øst fikk 5,2 pasienter per 1000 innbyggere slik rehabilitering i 2012. Tallet for Helse Midt-Norge var 5,1. I Helse Nord fikk hele 8,1 pasienter per 1000 innbyggere rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon, mens i Helse Vest var tallet bare 3,6.²²

2.10 Avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene

Avtalene som ligger til grunn for de private rehabiliteringsinstitusjonenes leveranse av spesialisthelsetjenesterehabilitering er litt forskjellig innrettet fra region til region. Det har imidlertid vært en samkjøring foran neste avtaleperiode, slik at avtalene er mer sammenlignbare med hverandre.

Avtalene beveger seg i varierende grad ned på enkeltdiagnosenivå, men samtlige har minimum angivelse av hoveddiagnosegrupper som utgangspunkt for mer detaljerte delytelsesavtaler. Det ligger også angivelse av øvrige kvaliteter ved tilbudet, så som om det er gruppe- eller individbasert, om det er et rettet inn mot spesielle aldersgrupper, om det retter seg mot nydiagnostiserte eller pasienter senere i et forløp, om det er dag- eller døgnbasert, om det er rettet inn mot kursing/pasientopplæring eller mot funksjonstrening, om det er orientert mot arbeidsrettet rehabilitering samt om pris for tjenesten. Sistnevnte forhold er ikke offentlig tilgjengelig informasjon på detaljnivå.

²² <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2012.pdf>

2.11 Avtalenes lengde og oppstartstidspunkt

I 2011 skrev Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet følgende om avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene:

«RHFene har samlet inngått avtaler med 50 institusjoner, hvorav Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med klart flest institusjoner (30). Det er variasjon i tidspunktet for avtaleinngåelse og avtalenes varighet mellom RHFene. Avtalene i Helse Midt-Norge RHF gjelder fra 1.1.2010, avtalene i Helse Vest RHF gjelder fra 1.10.2010, mens avtalene i både Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF gjelder fra 1.1.2011. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har inngått avtaler over fire år, mens Helse Nord RHF og Helse Vest RHF opererer med ett-årig opsjon på forlenging av avtaler på henholdsvis tre år og to år.»²³

I Helse Midt-Norge ble det inngått nye avtaler fra og med 1/1 2014. I de tre øvrige regionene inngås det nye avtaler fra og med 1/1 2015.

- De nye avtalene i Helse Vest vil ha en varighet på 6+2 år.
- De nye avtalene i Helse Midt har en varighet på 3+mulighet for 1 år opsjon.
- De nye avtalene i Helse Sør-Øst vil være løpende avtaler uten en, på forhånd, avgrenset løpetid. Avtalene vil gjelde til de sies opp.
- De nye avtalene i Helse Nord vil ha en varighet på 4 + 2 + 2 år. I tilknytning til dette oppgis det at "Helse Nord RHF har rett, men ingen plikt til å forlenge avtalen med ytterligere 2+2 år".

2.12 Den faglige og organisatoriske utviklingen på feltet

Helsedirektoratet ga i 2009 ut rapporten «Privat i offentlig sektor», som beskriver overgangen til at de private rehabiliteringsinstitusjonene ble en del av spesialisthelsetjenesten slik:

«I 2002 vedtok Stortinget å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de private institusjonene fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene (RHF), samtidig som helseregionene ble pålagt å inngå formelle avtaler med institusjonene. Det må her tillegges at enkelte institusjoner var finansiert av fylkeskommunene før sykehusreformen og ble ved reformen "overtatt" av helseregionene. Endringen skulle gjennomføres som en 4-årig overgangsperiode. Dette ble imidlertid fremskjøvet med ett år i forbindelse med Statsbudsjettet for 2005 slik at endringen trådte i kraft fra 2006. De regionale helseforetakene er underlagt lov om offentlige anskaffelser, og prosessen for å inngå avtaler med private institusjoner måtte gjennomføres etter dette regelverket. En følge av dette var at det måtte gjennomføres en omfattende anbudsrunde som grunnlag for avtaleinngåelse.

²³ Rambøll 2011: Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner, deloppgave A

Med det nye avtaleforholdet ble det tydeliggjort at tjenestene fra institusjonene defineres som spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at de plikter som er regulert i spesialisthelsetjenesteloven også gjelder for de private institusjonene, herunder også pasientrettighetslovgivningen. Det følger av dette at det i avtalene stilles krav til kvalitet på et høyere tjenestenivå.»²⁴

I forbindelse med samhandlingsreformen fikk Helsedirektoratet i 2011 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en rapport som skulle gi anbefalinger hva gjelder ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Del 2 av rapporten²⁵ tok spesifikt for seg de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det ble der anbefalt en ytterligere tilpasning av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene til spesialisthelsetjeneste, og at en del av oppgavene som tradisjonelt hadde blitt utført der kunne bli overført til det kommunale tjenesteapparatet.

I praksis medførte dette at prinsippene i ansvarsavklaringsmodellen som denne rapporten introduserte skulle appliseres også på området private rehabiliteringsinstitusjoner.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Modellens sentrum angir brukers mål som beskrevet i definisjonen av rehabilitering i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som det sentrale for bestemmelsen av hvilket tjenestenivå som er riktig tjenestenivå (med en presisering av at det i mange tilfeller vil være behov for tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste i en rehabiliteringsprosess). Elementene på venstre side i modellen angir spesielle kjennetegn som tilsier at kommunen bør være involvert i rehabiliteringsprosessen. Elementene på høyre side gjør tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. Siden denne rapporten om fritt rehabiliteringsvalg omhandler den delen av tjenestetilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som leveres etter avtale

²⁴ Helsedirektoratet 2009: Privat i offentlig sektor

²⁵ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet.pdf>

med RHFene og således er spesialisthelsetjeneste, beskrives her litt mer inngående hva som menes med begrepene på modellens høyreside;

Spesialisert kompetanse angir at tjenesteapparatet både formelt via spesialistutdanninger og andre diagnose-/tilstandsspesifikke kompetansehevende grep har dyktiggjort seg på en «smalere» problemstilling. Denne kompetansen underbygges av at man i den daglige praksis møter mange tilfeller av samme diagnose eller med samme type problemstillinger. Dette i motsetning til det generalistfokus man ofte må ha i (spesielt små) kommuner. Kompleksitet betyr i denne sammenhengen primært at man har et bredt sammensatt tverrfaglig team involvert i rehabiliteringsprosessen, som kan opptre med høy grad av samtidighet når dette er hensiktsmessig. I kommunen kan det i mange tilfeller være flere faggrupper representert, men skal tverrfagligheten inntreffe med den omtalte samtidighetskomponenten er spesialisthelsetjenesten i de fleste tilfeller mest hensiktsmessig å ty til. Intensitet angir at rehabiliteringsintervensjonene opptre med høy hyppighet over et relativt kort tidsintervall.

Rapporten konkretiserte også noen bruker-/diagnosegrupper i relasjon til ansvarsfordelingsspørsmålet:

«Denne modelltenkningen leder til konklusjonen at de private rehabiliteringsinstitusjonene – på overordnet gruppenivå – i mindre grad bør bruke sine spesialisthelsetjenesteressurser på følgende pasientgrupper i framtiden:

- *Artroserelaterte diagnoser*
- *Fedmerelaterte diagnoser*
- *Enklere rehabilitering etter brudd*

De private rehabiliteringsinstitusjonene bør i større grad – på overordnet gruppenivå – bruke ressurser på disse pasientgruppene:

- *Progresierende nevrologiske tilstander, samt andre nevrologiske tilstander som for eksempel CP (Cerebral Parese)*
- *Hjerneslag med store komplekse funksjonsutfall over tid, for eksempel av kognitiv art*
- *Barn og unge med funksjonsnedsettelser, særlig av sjelden art*
- *Personer med store og sammensatte funksjonstap, som har et rehabiliteringspotensial*

Her er det imidlertid viktig å understreke at rehabiliteringsprosesser tar utgangspunkt i brukernes individuelle målsettinger om økt deltagelse sosialt og i samfunnet. I vurderingen av riktig tjenestenivå for enkeltindivider kan det være mange individuelle og personlige forhold som endrer på ovennevnte konklusjoner.»

Ansvarsavklaringsmodellen ble lagt til grunn for den videre utviklingen av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2013, og har også blitt brukt i arbeidet med kravspesifikasjoner i de nye rammeavtalene som de regionale helseforetakene nå er i gang med å inngå (eller i tilfellet Helse Midt-Norge nettopp har inngått) med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

2.13 Erfaringer med fritt sykehusvalg innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten ble flere institusjoner for behandling av pasienter med rusproblemer overført fra fylkeskommunen til staten fra 1. januar 2002 og ved rusreform II 1.1.2004 ble det vedtatt at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skulle være spesialisthelsetjenestens ansvar. Personer med rusproblemer fikk status som pasienter og ble omfattet av pasientrettighetsloven. Det ble raskt opprettet mange vurderingsinstanser over hele landet som rettighetsvurderte henvisningene. Disse var spredt på mange instanser, også hos private tjenesteytere.

Fritt sykehusvalg

Offentlige helseforetak og private tjenesteytere innenfor TSB med avtale med RHFene er opplistet på nettsiden «Fritt sykehusvalg». Man kan i nedtrekks-meny velge region og hvilket rusproblem det ønskes behandling for (alkohol, illegale rusmidler, spilleavhengighet, legemiddelassistert rehabilitering (LAR) osv). Det er i forskjellig grad oppgitt informasjon om behandlingstilbudet ved de ulike behandlingsstedene og bare få har tilstrekkelig informasjon om behandlingsprinsipper og metode.

Organisering av henvisningspraksis og rettighetsvurdering etter rusreformen

Behandlingsapparatet i 2004 var på landsbasis dominert av private tjenesteytere som tilbød langtids døgnoophold i institusjoner. Rusreformen gav adgang til at både sosialtjeneste og lege fikk henvisningsadgang og sosialtjenesten fortsatte sin henvisningspraksis som oftest bestod i å finne frem til en konkret institusjon hvor pasienten ønsket å få døgnbehandling. Henvisningene ble rettighetsvurdert i forhold til forslaget uten at pasienten hadde fått sitt behandlingsbehov utredet. Mange helseforetak har etter hvert tatt grep om rettighetsvurderingene, det har vært arrangert mange faglige seminarer for å kvalitetssikre arbeidet med rettighetsvurderinger og det er utarbeidet prioriteringsveileder for TSB. Likevel er det fremdeles store ulikheter mellom og innad i regionene i praktisering av rettighetsvurdering.

Vurdering av hvordan fritt sykehusvalg fungerer i TSB

Fritt sykehusvalg er en mulighet for pasienten å bli henvist til et tiltak som tilbyr en definert rammebetingelse for et behandlingsløp, for eksempel langtids døgnbehandling i en navngitt privat institusjon. Det gir ingen garanti for at behandlingstilbudet er spesielt egnet for pasientens behov.

2.14 Bruk av fritt sykehusvalg og private aktører innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne

Det finnes både private og offentlige tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge og voksne. I ordningen for fritt sykehusvalg er det her åpnet for valg på tvers av offentlige og private tilbud. Erfaringsmessig er imidlertid ordningen med fritt sykehusvalg ikke mye benyttet på dette området.

3 Anbefaling

Det anbefales at ordningen med fritt valg mellom private rehabiliteringsinstitusjoner på tvers av helseregioner inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg. Alternative ordninger anbefales ikke. Innenfor disse rammene er det likevel flere måter å innrette valgmulighetene på. Målet må være at pasienten skal få rett behandling på rett sted til rett tid. I en valgsituasjon er det viktig å legge til rette for at pasienten kan velge mellom tilbud som passer til det pasienten er henvist til privat rehabiliteringsinstitusjon for. Variasjonen mellom tilbudene er til dels store, og det kan være krevende å få formidlet nok informasjon til at pasienten kan ta et informert valg mellom veldig mange valgalternativer. Denne rapportens hovedanbefaling er at modellen for fritt valg, sammen med god pasientrådgivning, presenterer pasienten for et reelt utvalg av tilbud som svarer til pasientens behov. Pasienten kan da velge fritt innen dette sammenlignbare utvalget av tilbud.

3.1 Anbefalt modell for fritt valg

Grundig modell - fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner

I utgangspunktet har en pasient som har fått innvilget rehabilitering på en privat rehabiliteringsinstitusjon 50 institusjoner å velge mellom. Denne anbefalte modellen for fritt valg søker å begrense antallet institusjoner i valgsituasjonen ved at man får noen tilleggsspørsmål som kan mates inn i modellen. For hvert svar på tilleggsspørsmålene begrenses utvalget av institusjoner man har å velge mellom. Til slutt vil man sitte med et utvalg av institusjoner som gir relativt like tilbud, for å sikre at pasienten velger mellom tilbud som i mest mulig grad er innrettet mot det som pasienten er henvist for.

Dersom vi tar utgangspunkt i skjermbildet man får opp på dagens fritt sykehusvalgside, så kan den fungere som plattform for å beskrive denne valgmodellen.

VELG SYKDOM/BEHANDLING

Fysisk helse 

Fysiskalsk medisin 

Undersøkelse hos spesialist i fysiskalsk medisin 

Alle regioner 

VELG REGION



INFORMASJON

Før du bytter behandlingssted snakk med din fastlege eller ring til en pasientrådgiver på 800 41 004. Pasientrådgivertelefonen er åpen hverdager fra 8.00-15.00.

[Forklaring ventetider](#)

[Hvordan velge eller bytte](#)

PASIENTRÅDGIVER
TELEFONEN

800 41 004



Ventetider

Behandlingssted (18)	Sted	Utredning	Dag- / poliklinisk behandling	Innleggelse	Antall behandlinger i 2012	Oppdatert
Førde Sentralsykehus	Førde	10 uker	-	-	-	17.02.2014 
Haukeland Universitetssykehus	Bergen	12 uker	-	-	-	06.03.2014
Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen	Sandnessjøen	17 uker	-	-	-	25.02.2014
Nordlandssykehuset HF, avd Bodø	Bodø	16 uker	-	-	-	20.02.2014 
Oslo universitetssykehus HF - Ullevål	Oslo	20 uker	-	-	-	10.03.2014 
St. Olavs Hospital HF, Klinikk for fysiskalsk medisin og rehabilitering, Lian, Avdeling for ervervede hjerneskader	Trondheim	2 uker	-	-	-	28.02.2014 
St. Olavs Hospital HF, Klinikk for fysiskalsk medisin og rehabilitering, Tverrfaglig poliklinikk rygg- nakke-skulder	Trondheim	6 uker	-	-	-	28.02.2014 

I eksempelet her har vi huket av for «undersøkelse hos spesialist i fysiskalsk medisin» i «alle regioner». Dette eksempelet viser antall nedtrekksmenyer som er tilgjengelig i dagens tekniske løsning – altså 4. I vår anbefalte «styrte modell» for fritt valg vil vi behøve flere nedtrekksmenyer²⁶, som beskrevet her:

Nedtrekksmeny 1: Dagens valgliste på dette nivået i modellen ser slik ut:

- Fysisk helse
- Psykisk helse 0-18 år
- Psykisk helse voksen
- Rus og avhengighet

Her anbefaler vi følgende nye valgalternativ:

- Privat rehabiliteringsinstitusjon

²⁶ Det understrekes her at man ved opprettelse av en ny teknisk løsning for fritt sykehusvalg ikke nødvendigvis er bundet til nedtrekksmenyer. Det kan finnes andre måter å framvise de forskjellige alternativene.

Nedtrekksmeny 2:

I meny 2 skal det stå de hoveddiagnosegruppene som man har i dagens ytelsesavtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene. Eksempler på slike hoveddiagnosegrupper er:

- Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser
- Sykdommer i nervesystemet
- Sykdommer i sirkulasjonssystemet
- Sykdommer i åndedrettssystemet
- Sykdommer i muskel-, skjelettsystem og bindevev

Nedtrekksmeny 3:

I meny 3 skal det under noen av de ovennevnte hoveddiagnosegruppene komme enkeltdiagnoser, mens det under noen av dem vil komme sekker med flere diagnoser i – avhengig av detaljeringsgrad på ytelsesavtalene. Under sykdommer i nervesystemet vil det for eksempel komme diagnoser som MS, Parkinson, CP og Epilepsi, mens det under sykdommer i muskel-, skjelettsystem og bindevev vil komme noen samlesekker med diagnose som f.eks. artrose-/slitasjebaserte diagnoser, inflammatoriske reumatologiske sykdommer og kroniske muskel- og bløtdelssmerter og utmattelsestilstander.

Nedtrekksmeny 4:

- Funksjonsevne

Her kan vi ha følgende valgalternativer:

- a) Fysisk
 - i) Selvhjulpen
 - ii) Bistandsbehov
 - iii) Stort bistandsbehov (Barthel ned til 30)
- b) Kognitiv
 - i) Selvstendig
 - ii) Bistandsbehov

Nedtrekksmeny 5:

- Livsfase

Her kan vi ha følgende valgalternativer:

- Barn/ungdom
- Unge voksne
- Voksne/eldre

Nedtrekksmeny 6:

- Forløp

Her kan vi ha følgende valgalternativer:

- Tidlig fase
- Sen fase

Nedtrekksmeny 7:

- Oppholdstype

Her kan vi ha følgende valgalternativer:

- Individuelt rettet
- Gruppebasert
- Familiebasert

Nedtrekksmeny 8:

- Tilbudstype

Her kan vi ha følgende valgalternativer:

- Kartleggings-/vurderingsopphold
- Funksjonstreningsopphold
- Kurs/undervisningsbasert opphold
- Arbeidsrettet rehabilitering

Nedtrekksmeny 9:

- Region

Så først på nedtrekksmeny 9 kommer vi i denne modellen til det nivået man ellers innen fritt sykehusvalg kommer på i nedtrekksmeny 4, nemlig region. Tanken bak modellen er at valgene i de foregående menyene luker ut de tilbudene som ikke er faglig relevante for pasienten, slik at man får et begrenset men riktig antall institusjoner å velge mellom. Huker man kun av på en region i meny 9 vil man da i visse tilfeller ikke få opp noen institusjoner i det hele tatt. Slik er det også i dag, da noen tilbud kun finnes i en eller to regioner, men nå vil dette synliggjøres gjennom valgmodellen.

I dagens frittsykehusvalg.no får man etter valg av region opp en oversikt over ventetider. I denne modellen er det ønskelig med ventetider fordelt på det som i NPR-sammenheng omtales som omsorgsnivå, nemlig henholdsvis døgn, dag og poliklinikk. Dette vil synliggjøre både ventetid og fordeling av tilbud på disse omsorgsnivåene, noe som også gjør slik at vi ikke behøver en egen nedtrekksmeny for omsorgsnivå i valgmodellen. Innenfor rehabilitering som innen fritt sykehusvalg for øvrig er det behov for en tydeliggjøring av hva som ligger i ventetidsbegrepet. Er det f.eks. maksimal eller gjennomsnittlig ventetid som framkommer i oversikten?

Det anbefales også at det opprettes en framstilling av relevante parametre i tillegg til ventetider. Her kan det framkomme eventuelle kvalitetsindikatorer og andre parametre som er relevante i valgsituasjonen. Mer om dette i kapittelet «Kvalitetsindikatorer og andre parametre». Endelig vil det også være ønskelig med mulighet for framstilling av ytterligere beskrivelser i fritekstformat av så vel institusjon som det aktuelle tilbud.

Denne anbefalte modellen for fritt valg kan i utgangspunktet se komplisert ut. Den vil imidlertid være et viktig verktøy for å få smalnet utvalget av tilbud ned til det for pasienten mest relevante. Modellen tar ikke hensyn til tekniske begrensninger i dagens nettside for fritt sykehusvalg. En så detaljert modell som dette vil kreve nye tekniske løsninger. Når man har disse på plass anbefales det også at man ser på en så enkel framstillingsmåte av disse forskjellige nedtrekksmenyene som mulig. Brukervennlig løsning må finnes i samarbeid med utviklere/tjenestedesignere. En mulighet kan for eksempel være at nettløsningen man kommer inn på har utforming som et spørreskjema med 9 spørsmål og tilhørende svaralternativer. Dette kan være enklere å orientere seg i for mange pasienter.

Enklere modeller vil i utgangspunktet se lettere ut å orientere seg i for pasienten. De vil imidlertid etterlate et større utvalg av tilbud å velge mellom, tilbud som potensielt sett ikke passer til de rehabiliteringsbehovene pasientene er henvist til privat rehabiliteringsinstitusjon for. Enklere modeller vil også kreve større fritekstfelt eller andre mer omfattende oversikter over likheter og forskjeller i tilbudet. De vil dermed sannsynligvis ende opp med i praksis ikke å være enklere å forholde seg til for pasient, og ikke i samme grad hjelpe til med prosessen fram mot å ta et informert valg.

Det anføres at det på dette området var forskjellige syn i de eksterne miljøene som var involvert i utarbeidelsen av rapporten på hva som skulle være den anbefalte modell for fritt valg. FFO, KS Bedrift, Virke og NHO Service har forfattet en særmerknad der de argumenterer for at man velger en enklere modell for fritt valg som også åpner opp for valg mellom tilbud i helseforetak og tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner.²⁷

Rehabilitering i helseforetak

Den anbefalte modellen for fritt valg åpner ikke for valg på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er imidlertid viktig at rehabiliteringstilbudene i helseforetakene framkommer på nettsidene til fritt sykehusvalg, slik at pasientene og pasientrådgiverne blir bevisstgjort denne rettigheten. Rehabilitering i helseforetak kan settes inn i dagens modell for fritt sykehusvalg, som et alternativ på nedtrekksmeny 3 der man skal velge behandling (etter å ha valgt sykdomsområde). I så tilfelle vil man kunne greie seg med totalt 4 valggardiner på dette området. Det beste er imidlertid om det også her lages en mer detaljert modell som synliggjør forskjellene mellom tilbudene – en kan for eksempel ha de

²⁷ Vedlegg 6

samme 9 nedtrekksmenyene som anbefales for de private rehabiliteringsinstitusjonene i kapittel 3.1 uten å legge opp til valg på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Dersom Helse- og omsorgsdepartementet går for en av de alternative modellene for fritt sykehusvalg på rehabiliteringsområdet som skisseres i denne rapportens kapittel 3.2 – mer spesifikt alternativ modell 1 eller 3 – vil pasientene kunne velge på tvers av helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering har forfattet en særmerknad blant annet om viktigheten av at tilbudet om rehabilitering i helseforetak opprettholdes, og at de private rehabiliteringsinstitusjonene ikke fortrenger, men supplerer tilbudet til helseforetakene.²⁸

3.2 Alternative anbefalinger av modeller for fritt valg

Alternativ modell 1:

Grundig modell - fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak

Man oppretter den samme modellen som beskrevet i hovedanbefalingen. I nedtrekksmeny 1 vil det stå "Rehabilitering" i stedet for "Privat rehabiliteringsinstitusjon". Relevante og sammenlignbare rehabiliteringstilbud i helseforetak vil da være med i utvalget av tilbud man kan velge mellom.

Det er noen utfordringer ved å sidestille tilbud i helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner i en valgsituasjon. Rehabiliteringstilbudene i helseforetakene er i mange tilfeller mer rettet mot pasienter som har kommet inn i spesialisthelsetjenesten via øyeblikkelig hjelp eller elektiv innleggelse på andre avdelinger, for eksempel for et kirurgisk inngrep. Disse pasientene vil da være i et forløp, og det vil i mange tilfeller være nødvendig med nærhet til øvrige medisinske disipliner i behandlingen. Det vil i de fleste tilfeller ikke være faglig forsvarlig å la pasienter som skal ha denne type oppfølging velge seg over i en privat rehabiliteringsinstitusjon, som ikke har nærhet til øvrig medisinsk støtteapparat. Det vil heller ikke være riktig ressursbruk å la pasienter som har fått innvilget plass i en privat rehabiliteringsinstitusjon kunne velge seg inn i denne typen rehabiliteringstilbud i helseforetak.

²⁸ Vedlegg 7

Det kan imidlertid finnes rehabiliteringstilbud i helseforetak som passer inn i modellen for fritt sykehusvalg ved siden av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Alternativ modell 1 legger opp til at disse tilbudene også mates inn i den detaljerte nedtrekksmenyoversikten som tilbudene i private rehabiliteringsinstitusjoner er matet inn i. Dersom et helseforetakstilbud så kommer opp i den endelige oversikten sammen med private rehabiliteringsinstitusjoner vil man kunne velge fritt mellom dem.

Alternativ modell 2:

Enklere modell - fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner

Alternativ modell 2 er i overensstemmelse med dagens modell for fritt sykehusvalg. Dette medfører i praksis at man har en struktur med fire nivåer av valgmuligheter. Her kan "Privat rehabiliteringsinstitusjon" komme opp som alternativ på første nedtrekksmeny. Derneft vil hoveddiagnosegruppe komme i meny 2, mens enkeltdiagnoser kommer opp i meny 3. I meny 3 vil man i visse tilfeller kunne skille mellom f.eks. forskjellige grader av alvorlighet eller kompleksitet innen en og samme diagnose. I meny 4 vil så "region" komme opp. Denne modellen vil i utgangspunktet fortone seg som relativt enkel å betjene. Her vil man imidlertid ende opp med potensielt sett ganske mange alternative tilbud å velge mellom, som det kan være vanskelig å framstille forskjellene mellom. Denne løsningen vil hvile enda tyngre på pasientrådgivningstjenesten for å få valgt et mest mulig riktig tilbud.

Alternativ modell 3:

Enklere modell - fritt valg på tvers av regioner mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringstilbud i helseforetak

Alternativ modell 3 er identisk med alternativ modell 2, bortsett fra at man her kaller alternativet i nedtrekksmeny 1 for "Rehabilitering" eller «Spesialisert rehabilitering» i stedet for "Privat rehabiliteringsinstitusjon". Det åpnes da for at man kan velge på tvers mellom tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner og i helseforetak. Dette alternativet vil blande sammen ganske mange forskjellige typer tilbud i en og samme oversikt, og vil potensielt sett kunne gjøre nettløsningen nærmest ubrukelig. Man vil da i praksis kun ha den telefonbaserte pasientrådgivningstjenesten som pålitelig kilde til hvilke relevante valgalternativer man har til rådighet.

3.3 Øvrige anbefalinger

I det følgende kommer det en redegjørelse for hvilke tilleggsanbefalinger denne rapporten gir på området fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon.

Rettighetstildeling ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon

Det anbefales at rettighetstildelingen gjøres på samme måte som i dag. Altså at man har en vurderingsenhet i hver region som rettighetsvurderer henvisningene fra fastlegene (samt avtalespesialist og eventuelle andre henvisere utenfor spesialisthelsetjenesten). Det er først når pasienten har fått tildelt rett til (eller også behov for i det gjeldende regelverket) rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon at retten til fritt valg med ovennevnte begrensninger effektueres.

Dagens system for rettighetsvurdering videreføres, men det anbefales at praksis harmoniseres mest mulig på tvers av regiongrensene slik at det ikke forekommer uhensiktsmessige regionale variasjoner i rettighetstildeling, og at man i vurderingsenhetene ikke vurderer henvisninger fra sykehus som allerede er rettighetsvurdert. Det er ikke noe i veien for at man etablerer prosedyrer for at henvisningene sendes vurderingsenhetene til bruk i oversikts- og statistikkarbeid.

Avtaler mellom regionale helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner

Det anbefales å holde seg til dagens organisering innen spesialisthelsetjenesten, også om de private rehabiliteringsinstitusjonene underlegges ordningen med fritt sykehusvalg. Det medfører at man fortsetter med ordningen med at de private rehabiliteringsinstitusjonene leverer spesialisthelsetjeneste etter avtale med de regionale helseforetakene.

Det blir imidlertid av stor viktighet med god dialog mellom de forskjellige regionale helseforetakene om avtalene. Dette for å kunne foreta en noenlunde presis evaluering av behovet for kjøp av plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene, samt foreta en beregning av sannsynlig totalbudsjett på rehabiliteringsområdet for regionen, inklusive gjestepasientoppgjørene inn eller ut av regionen.

Det anbefales ikke at et RHF i en region inngår direkteavtaler med en privat rehabiliteringsinstitusjon i en annen region.

Begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon

Den anbefalte modellen for fritt valg gir en faglig anbefaling og begrensning på hvilke institusjoner man som pasient kan velge mellom. Dette innebærer at de institusjonene som anbefales har et behandlingstilbud til pasienten, og at valg av andre private rehabiliteringsinstitusjoner enn disse kan avvises dersom de ikke er rett behandlingsnivå. Det anbefales ikke øvrige begrensninger i retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon. Ergo vil man ha denne retten uavhengig av om man henvises fra fastlege eller fra et helseforetak. I sistnevnte tilfelle vil man imidlertid ofte være i et forløp, og det er viktig at ikke valget da medfører brudd i forløpet som ikke er medisinskfaglig forsvarlig eller som forårsaker unødvendig «propp i systemet» ved at man blir liggende på en avdeling i helseforetaket lengre tid enn nødvendig, eventuelt må ha plass på et kommunalt tilbud i påvente av at det skal bli ledig plass i den valgte private rehabiliteringsinstitusjonen.

Pasientrådgivning ved fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon

Fastlege/andre henvisere og pasient må - som i dag - få tilbakemelding fra den regionale vurderingsenheten på resultatet av rettighetsvurderingen, med informasjon om hvilken institusjon pasienten har fått plass på, samt informasjon om retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon. I svaret bør det også stå en presisering av hvilket type tilbud, i henhold til modellen for fritt valg som anbefales i denne rapporten, som pasienten har fått innvilget. Dette kan framkomme i et avkryssningsskjema (der rettighetsvurderer kan krysse av for individuelt tilbud, gruppetilbud etc) for å minske arbeidsmengden. Dette skjemaet vil være til hjelp for pasienten dersom man ønsker å benytte seg av muligheten til fritt valg og skal orientere seg i valgmodellen på nettsidene til fritt sykehusvalg.

Det vil være et økt behov for pasientrådgivning når det åpnes for fritt valg. En nettside kan ikke erstatte en god pasientrådgivningstjeneste, spesielt ikke når det synes særlig komplekst å orientere seg i alle de forskjellige tilbudene som finnes på området, slik tilfellet er hva gjelder de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det anbefales at regionene bygger videre på pasientrådgivningstjenesten som er lagt til de regionale vurderingsenhetene i dag. Det vil være ytterligere behov for dialog mellom de fire regionene enn hva tilfellet er i dag, ettersom man i større grad vil bli forventet å kunne rådgi pasienter om tilbud i andre regioner. Det vil også være nødvendig med god koordinering opp mot, eventuelt en samordning med, rådgivningstjenesten for fritt sykehusvalg for øvrig.

Reiseutgifter

Det anbefales at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon blir omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 (Rett til syketransport), samt syketransportforskriften slik som i fritt sykehusvalgordningen for øvrig.

Dette medfører i praksis at reglene for dekking av reiseutgifter vil bli som følger:

«Hvem betaler for reisen?

Reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf spesialisthelsetjenesteloven.

Hva må jeg betale for en reise innenfor min helseregion (Nord, Vest, Midt-Norge eller Sør-Øst)?

Pasienten betaler kun en maksimal egenandel som for tiden er kr. 135,- hver vei dersom pasienten velger en spesialist, sykehus eller et røntgeninstitut i helseregionen. For at reiseutgiftene skal bli dekket er det en forutsetning at private tjenestetilbydere har inngått avtale med det regionale helseforetaket. Egenandelene inngår i ordningen med Automatisk frikort og innrapporteres til Egenandelsregisteret av Pasientreiser ANS.

Hva må jeg betale for reiser utenfor egen helseregion?

Dersom man ønsker å benytte et offentlig sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter eller et privat sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak utenfor den helseregion man er bosatt i, er egenandelen for tiden kr. 400,- hver vei (se egne regler for reiser til radiologisk behandling under). Egenandelene inngår ikke i frikortordningen med egenandelstak. Velger du en spesialist i en annen region, må du betale hele reisen selv.

Vær oppmerksom på at det kan bli nødvendig med flere reiser i forbindelse med en og samme behandling (undersøkelse, behandling, oppfølging etc). Egenandelen gjelder da for hver reise, og det er ikke noen øvre tak for dine totale reiseutgifter.

Dersom en pasient henvises ut av egen region på grunn av manglende behandlingskompetanse i regionen, betales egenandel som ved behandling innenfor egen region (kr. 135,- hver vei). Dette gjelder dersom pasienten henvises til en privatklinikk i en annen region av samme årsak.»²⁹

²⁹ <http://www.frittisykehusvalg.no/Rettigheter/Reiseutgifter/>

Egenandeler

Dersom private rehabiliteringsinstitusjoner innlemmes i Fritt sykehusvalg, bør det være en målsetting at regler for egenandeler i private rehabiliteringsinstitusjoner harmoniseres med reglene for egenandeler i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Det peker i retning av å fjerne dagens særskilte betalingsordning ved opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner.

I en ordning med fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon er det viktig med entydige regler og enhetlig praksis vedrørende egenandeler. Ulik praksis med hensyn til egenandeler mellom institusjonen, vil kunne påvirke valgsituasjonen for pasienten. Det er grunn til å tro at institusjoner som ikke krever egenandel vil være mer attraktive enn de som krever egenandel, og at disse dermed vil ha et konkurransefortrinn. Dette bør unngås, og det anbefales derfor at det innføres lik praksis ved alle de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Vår primære anbefaling er at ingen av de private rehabiliteringsinstitusjonene krever egenandeler. Det vil være økonomisk gunstig for brukerne og innebære en administrativ forenkling både for brukere, de private rehabiliteringsinstitusjonene, helseforetakene og HELFO. Forslaget medfører like egenandelsregler for døgnopphold i de private institusjonene og døgnrehabilitering i helseforetak.

Sekundæranbefaling er at de 11 private rehabiliteringsinstitusjonene som ikke krever egenandeler, begynner med å kreve egenandeler. Det vil medføre lik praksis mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene, men det vil fortsatt være ulik praksis mellom helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Begge alternativene ovenfor har konsekvenser som utledes nærmere i denne rapportens konsekvenskapittel.

Anbefalingene gjelder kun egenandeler som er hjemlet i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner. Dersom den særskilte hjemmelen for å kreve egenandeler i private rehabiliteringsinstitusjoner oppheves, vil det være naturlig å legge de ordinære egenandelsreglene for spesialisthelsetjenesten til grunn, se kap. 2.7. I den grad regionale helseforetak inngår avtale med private rehabiliteringsinstitusjoner om poliklinisk rehabilitering i tråd med vilkår beskrevet i ISF-regelverk og forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, vil institusjonene da kunne kreve egenandeler for poliklinisk helsehjelp.

Egenandelen inngår i egenandelstak 1, og institusjonene vil måtte innrapportere egenandeler elektronisk til frikortløsningen i HELFO.

Gjestepasientoppgjør

Det anbefales at dagens ordning med gjestepasientoppgjør, slik den er beskrevet i denne rapportens kapittel 2.8, videreføres når ordningen med fritt sykehusvalg innføres.

Parametre for valg av tilbud

Den anbefalte modellen for fritt valg vil avgrense valgmulighetene pasienten blir stilt ovenfor til de tilbudene som er relevante for det pasienten er henvist til privat rehabiliteringsinstitusjon for. Det vil likevel være nødvendig med flere opplysninger på nettsidene for fritt sykehusvalg – og dette gjelder både for rehabiliteringstilbudene i helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner, uavhengig om man åpner for valg på tvers av disse eller ikke. Slike opplysninger er til hjelp for pasienten når vedkommende skal ta et informert valg, og er også viktige elementer i et løpende kvalitetsarbeid for den spesialiserte rehabiliteringen.

I Meld. St. 10 God kvalitet – trygge tjenester³⁰ står det i kapittel 7.1 følgende om kvalitetsmålinger:

Kunnskap om kvaliteten på tjenestene er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring. Målinger av tjenestens ytelser har til nå hatt hovedvekt på måling av aktivitet, økonomi og bemanning. Det er nødvendig å legge større vekt på måling av kvalitet og resultat. Ansatte og ledere må vite om virksomheten drives med for høy risiko eller om det er for stor variasjon i resultatene, og de må kjenne til brukernes vurdering av tilbudet. Kunnskap om kvalitet må basere seg på fakta og ikke på skjønn. Ved nærmere undersøkelse viser det seg ofte at resultatene er annerledes enn forventet. Det er også nødvendig å måle effekten av kvalitetsforbedringstiltak for å dokumentere ønskede og eventuelle uønskede effekter.

Det er viktig å erkjenne at kvalitetsmål aldri vil kunne beskrive alle aspektene ved kvalitet. Det er krevende å finne mål som både ledere, ansatte, brukere og befolkningen er enige om beskriver kvalitet i tjenesten. De kvalitetsmålene som brukes må oppleves som relevante, og datainnsamlingen må ikke kreve for store ressurser i en travel hverdag.

Det må utvikles hensiktsmessige metoder for innhenting av data. Økt oppmerksomhet på kvalitetsmåling må ikke føre til at de ansatte opplever rapporteringen som byråkratisk kontrollvirksomhet som ikke gir resultat i form av bedre pasienttilbud. Data må gjøres tilgjengelig lokalt og kunne brukes til lokalt forbedringsarbeid.

³⁰ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Hvis kvalitetsmåling skal oppleves som viktig og relevant, må ansatte involveres i å definere hva som skal måles, og i innsamling, tolking og bruk av data. Ansatte må være trygge på at utgangspunktet for kvalitetsmåling er ledelsens tillit til at ansatte ønsker å gjøre en best mulig jobb. Ansatte og brukere må oppleve at aktiv bruk av data fører til bedre resultater. Helsemyndighetene og ledere på alle nivåer må aktivt etterspørre resultatene av målinger og bruke disse i prioritering av innsatsen både i den enkelte virksomhet, i kommunene og nasjonalt.

Det finnes flere metoder for å vurdere, og bedømme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten:

- *Kvalitetsindikatorer*
- *Pasientrapporterte effektmål*
- *Spørreundersøkelser, inkludert pasient-, bruker- og pårørendeerfaringsundersøkelser*
- *Egenevalueringer*
- *Tredjepartsevalueringer gjennom fagrevisjoner og akkreditering eller sertifisering*
- *Tilsyn*

Et helhetlig system for kvalitetsmåling bør omfatte flere av disse metodene.

Det er et behov for å etablere kvalitetsindikatorer på rehabiliteringsområdet.

Kvalitetsindikatorer vil kunne fungere som viktige verktøy for pasienten når valg av tilbud skal finne sted, dersom disse etableres og framkommer på de nye nettsidene (se kapittel 4.2) for fritt sykehusvalg som anbefales i denne rapporten.

Det har kommet en rekke forslag på mulige kvalitetsindikatorer i prosessen med å utarbeide denne rapporten. Helsedirektoratet vil som oppfølging av dette arbeidet igangsette et samarbeid mellom avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander som jobber med rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå og avdeling statistikk og kodeverk som bl.a. jobber med det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Det vil her også være relevant å involvere avdeling minoritetshelse og rehabilitering fra primærhelsetjenestedivisjonen i samarbeidet, for å se på mulige kvalitetsindikatorer på tvers av tjenestenivå. Dette samarbeidet skal kartlegge om det er grunnlag for å sette i gang en prosess med å etablere kvalitetsindikatorer på dette området etter oppskrift fra IS-1878 Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten³¹. Det finnes følgende 3 typer kvalitetsindikatorer, som beskrevet i nevnte rammeverk;

- **Strukturindikatorer** beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Indikatorene beskriver med andre ord forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering.
- **Prosessindikatorer** beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp. Indikatoren gir et bilde av i hvilke omfang, helsepersonell har utført bestemte prosedyrer, for eksempel forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon, i

³¹ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer/Publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer.pdf>

pasientforløp. Prosessindikatorer utvikles på grunnlag av referanseprogrammer eller kliniske retningslinjer, dersom de finnes. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelser som de bør, ifølge referanseprogrammer og kliniske retningslinjer.

- **Resultatindikatorer** belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjon på sykdom og tilfredshet med behandling.

Først og fremst vil man i dette arbeidet lete etter mulige resultatindikatorer, men alle indikator typene kan være interessante og viktige og må vurderes. Når slike indikatorer eventuelt er blitt utarbeidet vil de blant annet bli et viktig grunnlag for at pasienten skal kunne foreta et informert valg mellom forskjellige rehabiliteringsinstitusjoner (og også mellom de forskjellige rehabiliteringstilbudene i helseforetak).

Det vil imidlertid også bli bruk for andre parametre som kan framkomme på de nye nettsidene for fritt sykehusvalg. Parametre som ikke blir en del av kvalitetsindikatorsystemet kan altså likevel vurderes framstilt i forbindelse med fritt rehabiliteringsvalg.

For eksempler på mulige kvalitetsindikatorer og andre valgparametre som har kommet fram i arbeidet med denne rapporten vises det til oversikten i vedlegg 2.

I følge Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet (2012-2013) er det et overordnet mål for regjeringen å skape et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud. I Stortingsmeldingen er ett av grepene for å styrke brukerorienteringen at det skal gjennomføres flere brukererfaringsundersøkelser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvaret for nasjonale brukererfaringsundersøkelser, men det er nødvendig å øke kapasiteten for å kunne gjennomføre flere undersøkelser innenfor rehabilitering. I kapittel 5.2 redegjøres det nærmere for kostnader knyttet til dette.

4 Nødvendige endringer som følge av anbefalingen

4.1 Juridiske:

1. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 om Rett til valg av sykehus m.m. Her må private rehabiliteringsinstitusjoner inn i oversikten i første ledd.
2. Dekning av reiseutgifter. De private rehabiliteringsinstitusjonene må dekkes av det samme regelverket som gjelder for øvrig i fritt sykehusvalg³² - se denne rapportens kapittel 3.3 om anbefalinger knyttet til dekning av reiseutgifter. Dette medfører at syketransportforskriften må endres. Når private rehabiliteringsinstitusjoner blir inkludert i fritt sykehusvalg bør dette nevnes spesifikt, og dermed kan oppramsningen av institusjoner i §4, bokstav f fjernes. Her vil modellen for fritt valg som anbefales, se denne rapportens kapittel 3.1, angi om det aktuelle tilbudet finnes i egen region eller ikke. En statisk liste over institusjoner med landsfunksjon vil derfor overflødiggjøres.
3. Forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner³³ må vurderes avviklet dersom man går for å fjerne egenandelene for oppholdsdøgnene. I tillegg må folketrygdloven § 5-3 med forskrifter endres fordi egenandeler ved private rehabiliteringsinstitusjoner ikke lenger trenger å inngå i egenandelstak 2.

Ellers forutsettes det at reglene som gjelder fritt sykehusvalg for øvrig også vil gjelde private rehabiliteringsinstitusjoner når anbefalingen i denne rapporten skal realiseres.

4.2 Tekniske:

Det er ikke mulig å få inn en slik modell for fritt valg som anbefales i denne rapporten i dagens nettløsning for fritt sykehusvalg. Det anbefales derfor at man tungt prioriterer arbeidet med å få inn en ny nettside og teknisk løsning for fritt sykehusvalg på nettsiden www.helsenorge.no. Når dette er på plass kan modellen for fritt valg av privat

³² <http://www.frittisykehusvalg.no/Rettigheter/Reiseutgifter/>

³³ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-20-1629>

rehabiliteringsinstitusjon opprettes der. Dagens nettside www.frittsykehusvalg.no er ikke skalert for en modell som den som anbefales i denne rapporten.

4.3 Faglige:

De endelige avtalene for regionene Nord, Vest og Sør-Øst blir klare i 2015, mens region Midt-Norge har ny avtale på plass fra 2014. Dersom helse- og omsorgsdepartementet vedtar modellen for fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon som anbefales i denne rapporten, så må det nedsettes en arbeidsgruppe når de nye avtalene er i boks og i rimelig tid før modellen skal være klar og implementeres. Mandatet til denne arbeidsgruppen må være å – ved hjelp av rammeavtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene – fylle ut alle opplysninger hva gjelder hvilke private rehabiliteringsinstitusjoner som passer inn hvor i modellen for fritt valg. Tilgjengelige parametre – som beskrevet i kapittel 3.3 – ved hvert av tilbudene man som pasient kan velge mellom må også inn i informasjonsbasen i modellen. Arbeidsgruppen bør ha representanter fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det bør være en referansegruppe bestående minimum av representanter for brukerorganisasjonene og de private rehabiliteringsinstitusjonene for å kvalitetssikre informasjonen.

Denne informasjonen må ved nye avtaleinngåelser eller andre vesentlige endringer, oppdateres.

5 Konsekvenser av anbefalingen

5.1 Faglige konsekvenser

Når tilbudet om rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg på lik linje med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten, vil det kunne bidra til å:

- involvere brukerne/pasientene og gi dem innflytelse i egen rehabiliteringsprosess.
- sikre likere tilgang på rehabilitering uansett hvor i landet man bor.
- bedre kvaliteten på tilbudet totalt sett ved den økte konkurransen institusjonene imellom som fritt valg vil medføre, samt satsningen på synliggjøring av tilbudenes innhold og kvalitet som Helsedirektoratet anbefaler i denne rapporten.
- bedre utnyttelsen av kapasiteten på området. Pasienter kan nyttiggjøre seg eventuell ledig kapasitet i andre deler av landet dersom det er lang ventetid på deres nærmeste, aktuelle private rehabiliteringsinstitusjon.

Av potensielle faglige utfordringer ved innføringen kan følgende nevnes:

Det kan bli en utfordring å få til god samhandling med pasientenes hjemkommuner dersom man åpner for fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon. Det må settes krav til rutiner for samhandling med kommuner på andre kanter av landet ved avtaleinngåelse. Samhandlingsrutiner kan også være et viktig forhold å belyse for pasienten for å sikre at de kan ta et informert valg. Her kan man tenke seg at det for de lokale rehabiliteringsinstitusjonene vil ligge et konkurransefortrinn. Tross moderne samhandlingsverktøy kan det tenkes at det vil være lettere for nærliggende private rehabiliteringsinstitusjoner å samhandle med omkringingliggende kommuner enn tilfellet vil være for en privat rehabiliteringsinstitusjon som ligger langt unna. Dersom pasienten kommer fra helseforetak til privat rehabiliteringsinstitusjon er det også viktig å understreke behov for samhandling mellom disse.

Trusselen mot lokale fagmiljøer er blitt trukket fram. Dersom det innen enkelte pasientgrupper primært velges behandlingstilbud i *en* region, vil grunnlaget for å opprettholde tilbudet i de andre regionene kunne falle bort. Dette er en reell trussel, men her må de regionale helseforetakene ha gjensidig dialog rundt avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene. Om alle private rehabiliteringstilbud skal finnes i alle regioner,

eller om det holder at f.eks. en eller to regioner har tilbudet med potensiell tilgang for hele landet, bør være en del av denne dialogen.

5.2 Økonomiske og administrative konsekvenser

De regionale helseforetakene har i dag avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene i sin region. RHF'ene har da mulighet til å foreta en noenlunde nøyaktig behovsevaluering av hvilke og hvor mange plasser de behøver å kjøpe i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dette gir relativt forutsigbare rammer for de private rehabiliteringsinstitusjonene (selv om det er bemerket fra blant annet de private rehabiliteringsinstitusjonene at det hadde vært ønskelig med lengre avtaleperioder) og en forutsigbar utgiftsprofil for de regionale helseforetakene.

Ved fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon med gjestepasientoppgjør vil noe av denne forutsigbarheten trues. Dersom en region har beregnet hvor mye de vil bruke på å kjøpe privat rehabilitering og laget avtaler med de lokale rehabiliteringsinstitusjonene basert på det, mens pasientene i regionen velger seg over til private rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner, kan man risikere følgende: Regionen som "mister" pasienter vil ende opp med å måtte betale «gjestepasientoppgjør» til andre regioner, samtidig som noen av de private rehabiliteringsinstitusjonene kan bli gående med tomme plasser. Sistnevnte forhold vil de regionale helseforetakene kunne kreve penger tilbake fra institusjonene for gjennom avkortning for lavt belegg, eventuelt etter hvert korrigere størrelsen på avtalene.

Det vil sannsynligvis bli en mer uforutsigbar utgiftsprofil for de regionale helseforetakene om man innfører fritt rehabiliteringsvalg. På kort sikt er det rimelig å anta at kostnadene totalt sett vil øke. På lengre sikt vil de regionale helseforetakene ha større muligheter til å avpasse omfanget av kjøp av plasser i private rehabiliteringsinstitusjoner med behovene i hvert RHF, slik de framstår etter at ordningen med fritt rehabiliteringsvalg har blitt etablert. Det vil også kunne bli en økt økonomisk risiko for de private rehabiliteringsinstitusjonene som eventuelt taper i den «nasjonale konkurransen om pasientene».

Spesielt om økonomiske konsekvenser knyttet til reiseutgifter ved innføring av fritt rehabiliteringsvalg:

I årsrapporten for Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest for 2013 framkommer det at 335 pasienter, som ble vurdert til å ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, hadde oppgitt ønske om institusjon utenfor Helse Vest. 184 av disse fikk innvilget rehabilitering utenfor Helse Vest. Differansen mellom ønsker og faktisk tilbud blir da 151 pasienter, hvilket kan gi en indikasjon på hvor stor økningen i pågang ut av regionen hadde vært om man hadde åpnet for fritt rehabiliteringsvalg. I tillegg kan det hende at det at man åpner for fritt valg vil kunne øke etterspørselen etter å reise ut av

regionen. Vi har ikke tilsvarende avslagstall for Helse Nord RHF, og Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF oppgir at de har praktisert fritt rehabiliteringsvalg allerede.

Det er vanskelig å anslå med stor sikkerhet hva de økte kostnadene knyttet til reiseutgifter vil kunne bli dersom man følger denne rapportens anbefaling om at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon blir omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 (Rett til syketransport), samt syketransportforskriften slik som i fritt sykehusvalgordningen for øvrig. I dette kapittelets regnestykke ligger følgende premisser til grunn:

- I 2012 var det 1843 pasienter som fikk rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon utenfor egen region³⁴
- Helsedirektoratet anslår at økningen i antall pasienter som ønsker å reise ut av egen region for å få rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon vil ligge på mellom 300 og 500.
- Det legges ikke i utgangspunktet opp til at innføring av fritt sykehusvalg skal medføre noe større totalantall hva gjelder pasienter som får rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon.
- Pasientreiser hadde i 2013 3,88 millioner reiser med rekvisisjon. Transportkostnadene for disse reisene var på ca. kr. 1,464 milliarder kroner for Pasientreiser (altså eksklusive pasientens og HELFOs kostnader til egenandeler). Snittkostnad per rekvisisjon blir da på ca. kr. 377.
- Pasientreiser hadde i 2013 4,65 millioner reiser uten rekvisisjon, til en kostnad på ca. kr. 415 millioner. Snittkostnad per reise blir da på 90 kroner.
- Helsedirektoratet anslår grovt i dette regnestykket at gjennomsnittlig kostnad per reise for pasientene som vil til en rehabiliteringsinstitusjon i en annen region blir på totalt kr. 2800 tur/retur.
- Helsedirektoratet anslår grovt i dette regnestykket at 75 % av pasientene som til nå har reist ut av regionen til en rehabiliteringsinstitusjon har fått innvilget reisen grunnet at tilbudet ikke finnes i egen region. Dette vil da for 2012 gjelde 75 % av 1884 pasienter, altså 1413 pasienter. Disse har da kun betalt 135 kroner i egenandel hver vei³⁵. De øvrige, for 2012 og i dette regnestykket tilsvarende 461 pasienter, har betalt reisen i sin helhet, men har fått refundert reiseutgifter tilsvarende de til nærmeste behandlingssted i egen region. Helsedirektoratet bruker i dette regnestykket gjennomsnittsprisen for reiser med rekvisisjon, kr. 377 hver vei, som anslag på «reisekostnad til nærmeste behandlingssted».

³⁴ Se denne rapportens kapittel 2.9

³⁵ Se denne rapportens kapittel 2.6

Regnestykket for potensiell merkostnad blir da:

For de 461 pasientene som allerede har reist ut av egen region men som nå vil bli omfattet av nye regler for dekning av reiseutgifter vil regnestykket se slik ut:

Før: Pasientene har betalt kostnaden ut av regionen, her stipulert til kr. 2800. Så har de fått refundert kostnaden til og fra nærmeste behandlingssted, 377 kr. $\times 2 =$ i dette tilfellet avrundet til kr. 800. Netto kostnad for pasient blir 2000 kroner.

Nå: Pasienten vil kun betale egenandelen på kr. 400 hver vei, altså 800 kroner. Merkostnad for de regionale helseforetakene blir da 1200 kroner per pasient.

$461 \text{ pasienter} \times 1200 \text{ kroner} = \text{Ca. } 550\,000 \text{ kroner.}$

For de 300-500 pasientene som tidligere ikke har reist ut av regionen men nå vil gjøre det vil regnestykket se slik ut:

2800 kroner i total kostnad tur/retur, med 400 kroner i egenandel hver vei etterlater 2000 kroner per pasient i ekstra utgifter for staten. Fra dette må det imidlertid trekkes den dekning av reiseutgifter innad i regionen som allerede er blitt innvilget. Dersom vi går ut fra samme kostnad for denne reisen som i regnestykket over blir det litt i underkant av 800 kroner. Pasienten har imidlertid kun betalt 135 kroner $\times 2$, altså 270 kroner i egenandel. Til overs blir det da ca. 500 kroner per pasient i utgifter for de regionale helseforetakene. 2000 kroner i nå-situasjon minus 500 kroner i førsituasjon blir 1500 kroner i merutgift for de regionale helseforetakene.

Dersom det blir 300 flere pasienter som reiser vil utgiften bli på $300 \times 1500 \text{ kr} = 450\,000$ kroner. Dersom det blir 500 flere pasienter som reiser vil utgiften bli på $500 \times 1500 \text{ kr} = 750\,000$ kroner.

Det totale anslaget for økte utgifter for de regionale helseforetakene som følger av anbefalingen i denne rapporten blir da $550\,000 + 450\,000 = \mathbf{1 \text{ million kroner}}$ for det laveste anslaget, og $550\,000 + 750\,000 = \mathbf{1,3 \text{ millioner kroner}}$ for det høyeste anslaget.

Spesielt om konsekvenser av endring i egenandelsregler

Rapportens primære anbefaling er at den særskilte egenandelsordningen knyttet til private rehabiliteringsinstitusjoner bortfaller og at ingen institusjoner krever egenandeler ved døgn- og dagopphold.

Trolig vil gratis rehabiliteringsopphold ikke føre til betydelig økt aktivitet. Regionale helseforetak inngår avtaler som gir ramme for virksomheten, og de foretar

rettighetsvurdering. Avtalene og dagens finansiering er slik utformet at institusjonene ikke tjener mer på å øke sin aktivitet. Det peker i retning av at gratis rehabilitering ikke vil føre til ukontrollert aktivitets- og utgiftsvekst.

Dersom egenandelene ved opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner fjernes, vil det medføre et inntektstap for de private rehabiliteringsinstitusjonene som krever egenandeler. Dette vil påvirke økonomien i avtalene mellom RHFene og institusjonene.

Vi legger følgende premisser til grunn for å anslå de økonomiske konsekvensene av fjerne egenandeler.

- I 2012 mottok totalt 25 875³⁶ pasienter behandling ved private rehabiliteringsinstitusjoner
- For landet samlet var det ca. 680 000 oppholdsdøgn (døgn- og dagopphold).
- Pasientene betaler en egenandel per dag/døgn på 128 kroner. HELFO dekker noen av egenandelene på grunn av frikort
- De private rehabiliteringsinstitusjonene som krever egenandeler, krever egenandel både ved dagopphold og døgnopphold.
- Helsedirektoratet anslår grovt at ca. 20 prosent av oppholdsdøgnene (inkludert dagopphold) i Helse Sør-Øst og Helse Nord er uten egenandel. Det betyr at ca 580 000 oppholdsdøgn er med egenandel.
- Det forventes ikke en økning i antall oppholdsdøgn totalt som følge av Fritt rehabiliteringsvalg.

Dersom egenandelen fjernes for alle oppholdsdøgn det har vært krevet egenandel for, betyr det reduserte inntekter på ca. 74 millioner kroner for rehabiliteringsinstitusjonene samlet (580 000 oppholdsdøgn x 128 kr. = 74,2 millioner kr). Av disse betales ca. 59 millioner kroner av pasientene, mens ca. 15 millioner kroner betales av HELFO. Bortfall av egenandel vil gi en innsparing for HELFO på ca. 15 millioner kroner som kan overføres til regionale helseforetak dersom de private rehabiliteringsinstitusjonene skal kompenseres for inntektstapet som følge av bortfall av egenandeler. Det vil i tilfelle bety en samlet merutgift for regionale helseforetak på ca 60 millioner kroner.

Nedenfor gir vi en oversikt over hvordan inntektstapet fordeler seg mellom de ulike regionene. Vi tar forbehold om at dette er et grovt anslag basert på fordelingen av antall oppholdsdøgn mellom helseregionene.

³⁶ Det reelle antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner vil være noe høyere enn dette, da bl.a. Betania Malvik og LHL Helse AS Glittrelinikken ikke er tatt med i oversikten i Samdata 2012.

Bostedsregion	Antall oppholdsdøgn, (inkludert dagopphold)	Anslag oppholdsdøgn uten egenandel	Anslag oppholdsdøgn med egenandel	Anslag reduserte inntekter
Helse Sør-Øst	417 000	83 000	334 000	42 752 000
Helse Vest	85 000	-	85 000	10 880 000
Helse Midt	96 000	-	96 000	12 288 000
Helse Nord	81 000	16 000	65 000	8 320 000
Sum	679 000	99 000	580 000	74 240 000

Dersom egenandelene fjernes, vil det ikke være behov for skjerming via egenandelstak 2. For HELFO vil det bety en reduksjon i antall søknader om frikort egenandelstak 2.

Rapportens sekundære anbefaling er å innføre egenandel i alle de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Forslaget vil medføre at 11 private rehabiliteringsinstitusjoner som i dag ikke krever egenandeler, må etablere rutiner for innkreving av egenandeler og innsending av krav til HELFO om refusjon av egenandeler for pasienter som har frikort tak 2. Dette vil bety økte inntekter for de aktuelle institusjonene, og det vil påvirke økonomien i avtalene mellom de regionale helseforetakene og de aktuelle institusjonene. Med et anslag på ca. 100 000 oppholdsdøgn uten egenandel, blir regnestykket slik: $100\,000 \times 128 \text{ kr} = 12,8 \text{ mill. kr}$. Vi vil ut fra dette anslå de samlede merinntektene til 12-14 millioner kroner.

Forslaget vil medføre økt egenbetaling for brukere som tidligere ikke har betalt egenandel. Det vil også medføre en økning i antall frikort tak 2, fordi flere brukere må betale egenandel og vil nå egenandelstaket. Det betyr økt saksmengde for HELFO og økte utgifter for staten i refusjon av egenandeler. Økningene vil være beskjedne. Dersom vi forutsetter at andelen personer som ikke har betalt egenandel tilsvarer andelen oppholdsdøgn uten egenandel, gjelder dette ca. 15 prosent av 25875 personer, dvs. ca. 3880 personer. For å oppnå frikort egenandelstak 2 på grunnlag av rehabiliteringsopphold, må brukeren i 2014 ha mer enn 20 oppholdsdøgn. Hvis vi forutsetter at 50 prosent av brukerne som nå må betale egenandel har opphold på mer enn 20 døgn, vil det bli ca. 1900 flere mottakere av frikort tak 2, dvs. en økning i antall frikort på ca. 4 prosent. I 2012 ble det utstedt 45 573 tak 2-frikort.

Forslaget forutsetter ikke endringer i regelverk fordi alle private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak, har hjemmel for å kreve egenandeler.

Før eventuelt vedtak om at alle institusjoner skal eller ikke skal kreve egenandeler, bør det foretas mer eksakte beregninger av hvordan tiltaket vil slå ut for de enkelte rehabiliteringsinstitusjonene.

Inntektstapet begrenses dersom det åpnes for at private rehabiliteringsinstitusjoner kan kreve ordinære egenandeler for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, se kapittel 3.3. Omfang av slike egenandeler er ikke nærmere utredet i denne rapporten.

Spesielt om kostnader knyttet til den tekniske oppgraderingen av nettsidene:

Det vil også tilkomme en kostnad knyttet til opprettelse av ny teknisk løsning der fritt sykehusvalg.no integreres i helsenorge.no. Per i dag er dette ikke finansiert. At man tar denne kostnaden er en forutsetning for å få gjennomført «fritt rehabiliteringsvalg» etter denne rapportens anbefalinger. Det er vanskelig å estimere hvor stor del utarbeidelsen av løsning for rehabiliteringsfeltet vil utgjøre av totalkostnaden for denne omleggingen.

Kostnader knyttet til pasientrådgivning:

Pågangen på pasientrådgivningstjenesten vil kunne øke som følge av innføring av fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon. Dette vil også kunne medføre behov for oppbemanning av tjenesten, primært knyttet til de regionale vurderingsenhetene – eventuelt i samordning med pasientrådgivningstjenesten for fritt sykehusvalg.

Kostnader knyttet til nasjonal brukerundersøkelse

En nasjonal brukerundersøkelse knyttet til tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjoner i regi av Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten vil koste om lag 3 millioner kroner.

Vedlegg 1



Notat til AD-møtet

Til : **AD-møtet 21.10.2013**

Fra : Arbeidsgruppe med representanter fra av alle RHF

Dato : 03.10.2013

Saksbehandlende RHF: Heidi Blindheim – Helse Sør-Øst og Hanne Løvereide Årstad – Helse Vest

Type sak:	U.off inntil et gitt tidspkt?
Pasienter fra andre regioner - gjestepasienter	

Bruk av private rehabiliteringsplasser på tvers av regionene

Innledning

Helse Sør-Øst, Helse-Vest, Helse Midt og Helse-Nord skal ut med nye konkurranser innen rehabiliteringsfeltet. I forbindelse med arbeidet er det etablert en arbeidsgruppe på tvers av regionene for utveksling av kunnskap, erfaring og samordning av viktige prinsipielle saker.

Bakgrunn for saken

Etter helseforetaksreformen har finansieringsmodellen for rehabiliteringsfeltet endret seg fra fullfinansiering for den geografiske "vertsregionen", til at midler ble lagt inn i inntektsmodellen.

Etter dette har det blitt en del uklarheter knyttet til gjestepasienter og andre regioners bruk av institusjoner utenom "vertsregionens" avtaler.

Hva gjelder gjestepasienter skal dette behandles på ordinær måte og økonomisk oppgjør mellom regionene skal skje på grunnlag av aktivitetstall fra NPR.

Dette notat omhandler hvordan man skal håndtere andre regioners behov for bruk av private institusjoner ut over ordinær gjestepasientbruk.

Det er enighet blant regionene at man ønsker å utarbeide en felles mal for praktisering av dette basert på en nasjonal tenkning og felles strategi.

Dette temaet er også tatt opp i nettverk for kjøp av helsetjenester som avholdes jevnlig mellom de regionale helseforetak. Nettverket er enige i prinsippene omhandlet nedenfor.

Arbeidsgruppen ber AD - møtet om tilslutning til fremlagte prinsipper og synspunkter.

Hensikt/mål med endret praksis

Sikre lik behandling for pasienter behandlet ved samme institusjon uavhengig av regiontilhørighet.

Dagens praksis

Fritt sykehusvalg gjelder foreløpig ikke for private rehabiliteringsinstitusjoner, jf pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Det har imidlertid vært enighet mellom regionene at vi kan nytte hverandres avtaler innen rehabilitering. Dette har regionene tatt høyde for i sine tidligere anskaffelser. Ordningen med fritt sykehusvalg også innenfor rehabiliteringsfeltet er under vurdering.

Etterhvert har denne praksis blitt vanskelig å håndtere, da det i noen regioner ligger institusjoner med avtale som har svært mange pasienter fra andre regioner. Dette skyldes blant annet at bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner ofte er basert på tradisjoner og faste henvisningsmønstre. I tillegg har noen institusjoner hatt spisskompetanse som etterspørres av flere helseregioner.

Tabellen under viser antall oppholdsdøgn ved private rehabiliteringsinstitusjoner i 2012:

Bostedsregion	Antall oppholdsdøgn egne pasienter, totalt	Herav antall oppholdsdøgn i andre regioner (forbruk gjestepasienter)	Andel oppholdsdøgn i andre regioner, %-vis forbruk gjestepasienter	Sum aktivitet i institusjoner lokalisert i regionen	Herav antall oppholdsdøgn levert til andre regioner	% av kapasitet levert til andre regioner
Helse Sør-Øst	416 957	3 624	0,9 %	444 135	30 802	6,9 %
Helse Vest	85 058	12 470	14,7 %	73 520	932	1,3 %
Helse Midt	95 994	12 152	12,7 %	88 363	4 521	5,1 %
Helse Nord	81 488	9 546	11,7 %	73 479	1 537	2,1 %
Sum	679 497	37 792	5,6 %	679 497	37 792	5,6 %

Kilde: tall bearbejdet fra NPR

Tabellen viser at mindre enn 1% av pasientene i Helse Sør-Øst bruker tilbud i andre regioner. Tilsvarende bruk for de 3 andre regionene er mellom 11 og 15%. Videre viser tabellen at Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst benytter 5-7% av institusjonenes kapasitet til pasienter fra andre regioner. Ved institusjonene i Helse Vest og Helse Nord er det i hovedsak pasienter fra egen region.

For øvrig kan det vises til dokumentet Økonomisk oppgjør mellom helseregionene 01.01.2013, hvor det er utarbeidet retningslinjer for gjestepasientoppgjør mellom de regionale helseforetak.

Prinsipper

Arbeidsgruppen har landet på at følgende prinsipper blir lagt til grunn for kommende avtaler:

1. Helseregionene kan benytte hverandres avtaler på tvers av regionsgrenser ut fra prinsippene om « fritt sykehusvalg» og gjestepasientoppgjør.
2. Det inngås kun en avtale pr institusjon. Dette innebærer at regionene bare inngår avtaler med institusjoner i egen region.
3. Vertsregionen kan inngå ”tilleggsavtale” med aktuell institusjon, dersom andre regioner har meldt stort behov for denne tjenesten. Gjesteregionen påtar seg det økonomiske ansvar i henhold til ”tilleggsavtale”.
4. Det skal ikke foregå kjøp av rehabiliteringsplasser utenfor avtale.

Innspill til hvordan dette kan løses:

I alle avtaler tas det hensyn til en normal bruk av gjestepasienter.

Dersom en region vet at de har behov for et tilbud som ikke dekkes i egen region skal dette behov meldes den region som har det aktuelle tilbud (vertsregionen). Ut fra de innmeldte behov skal vertsregionen inkludere dette behovet i avtalen med aktuell institusjon, og det skal fremgå av avtalen det volum den enkelte aktuelle region skal stå økonomisk ansvarlig og betale direkte for.

Behovet fra den enkelte region (gjesteregion) skal baseres på følgende prinsipper:

- regionen har et stort behov, volummessig, innen en type tjeneste som ikke dekkes i egen regionen, eller
- behovet bygger på en spisskompetanse som ikke finnes i egen region

Vertsregionen vil da inngå tilleggsavtaler for de andre regionene ut fra ovennevnte prinsipper. Gjesteregionen forplikter seg til å kjøpe det antall døgn som framgår av tilleggsavtalen.

Vertsregionen skal ikke stilles økonomisk ansvarlig dersom tilleggsavtalen ikke fylles av de andre regionene. Hvis kvoten derimot overstiges kan pasienten registreres som ordinær gjestepasient på vertsregionens avtale. Mulighet for å legge inn opsjon for endring i avtalene kan også vurderes. Det bør være rom for fleksibilitet i avtalene. Arbeidsgruppen ser for seg at det er et tett samarbeid mellom RHF'ene.

Vurdering/videre arbeid:

En utarbeidelse av en felles dokumenterbar praksis som alle regioner og private rehabiliteringsinstitusjoner forholder seg til vil sikre økt forutsigbarhet for både leverandører og regionale helseforetak. Dette vil også gi en bedre etterlevelse av rutiner for økonomisk oppgjør mellom helseregionene.

Det må gjøres en behovsvurdering på tvers av regionene ut fra prinsippene over for å kunne definere hvilke ytelser og ved hvilke institusjoner en egen tilleggsavtale kan være aktuell.

Det må settes et skille for grensen mellom det vi kaller et ordinært gjestepasientoppgjør og de avtaler som krever en egen tilleggsavtale.

Regionene må finne et system for hvordan avtalene skal reguleres og følges opp.

Det må i det videre arbeid tas høyde for at kan bli en uforutsett bevegelse mellom regionene dersom fritt rehabiliteringsvalg blir innført.

Arbeidsgruppen ber i første omgang om tilslutning til de skisserte prinsipper. Forslagene må deretter bearbeides og forankres praktisk og juridisk.

Forslag til konklusjon:

- ✓ **AD møtet gir sin tilslutning til prinsippene i saken og ber om at arbeidet videreføres og ferdigstilles i god tid før nye anskaffelser kunngjøres.**

Vedlegg 2

Forslag til kvalitetsindikatorer og andre parametre som kan brukes innen fritt sykehusvalg på rehabiliteringsområdet:

- *Pasienterfaringer med de private rehabiliteringsinstitusjonene, som beskrevet i PasOpp-rapport nr 01-2009 fra Kunnskapssenteret³⁷*
- *Systematisk opplæringsplan og kompetanseplan for ansatte*
- *Tjenesten er tverrfaglig organisert, og er satt sammen av fagpersoner skreddersydd aktuell målgruppe sine behov, for eksempel:*
 - *Kreftsykepleier ved rehabilitering til kreftpasienter*
 - *Kognitive terapeuter knyttet til rehabilitering for brukere med MUPS/ kronisk smerteproblematikk*
 - *Arbeidskonsulenter/attføringskonsulenter/sosionom i rehabiliteringen knyttet til brukere i yrkesaktiv alder – som naturlig del av rehabiliteringen*
 - *Logoped knyttet til rehabilitering av hjerneslag*
- *Andel ansatte med relevante spesialiseringer, for eksempel:*
 - *Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering*
 - *Spesialist i lungesykdommer*
 - *Revmatolog*
 - *Nevropsykolog*
 - *Tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering*
 - *Veiledningspedagogikk*
 - *Kognitiv terapi*
 - *Psykisk helsevern*
 - *Psykomotorisk fysioterapi*
- *Tverrfaglige møter er formalisert*
- *Konkrete og strukturerte samhandlingsavtaler med relevante sykehusavdelinger*
- *Universelt utformede omgivelser og enkelt tilgjengelighet til fasiliteter i nærmiljøet.*
- *Høy standard og godt utvalg av treningsfasiliteter tilpasset aktuelle målgrupper:*
 - *Varmtvannsbasseng*
 - *Treningssenter også tilpasset rullestolbrukere*
 - *Lungefysiologisk laboratorium*
 - *Klatrevegg*
- *Nødvendig utstyr og høyt kompetent personell til å betjene dette for kartlegging og evaluering av effekt av behandling og rehabilitering er tilgjengelig, for eksempel:*

³⁷ <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-metode-for-m%C3%A5ling-av-pasienters-erfaringer-med-private-rehabiliteringsinstitusjoner?onepagenor=1>

- *Spirometri / Ergospirometri ved lungerehabilitering*
- *Arbeids EKG ved hjerterehabilitering*
- *Gode og varierte treningsfasiliteter tilgjengelig både innendørs og utendørs.*
- *Elektronisk pasientjournal som støtter KITH sine krav i tverrfaglig dokumentasjon og elektronisk kommunikasjon med tilgang til Norsk Helsenett SF.*
- *Kvalitetssystem sertifisert etter ISO 9001 og elektronisk dokumentert med moduler for avviksmelding og risikovurdering*
- *Flytskjema til de forskjellige målgruppene som viser samhandling med relevante aktører i en definert pasientforløpskjede*
- *Oppdaterte ventelistetider på "fritt rehabiliteringsvalg.no"*
- *Gjennomsnittlig behandlingstid på henvisninger*
- *Andel brukere kartlagt med hensyn til rett til og behov for IP*
- *Kartlegging og oppfølging av brukerne følger prinsippene/tankemodellen i ICF*
- *Systematisk arbeid sammen med bruker med utforming av individuell rehabiliteringsplan*
- *Rutiner for informasjon og veiledning til brukere, pårørende og annet helsepersonell.*
- *Andel epikriser sendt ut innen en uke*
- *Kvalitet på tjenesten blir jevnlig vurdert/sertifisert av ekstern aktør f. eks gjennom ISO og/eller CARF*
- *Høyt fokus på prosessorganisering for å se områder for kvalitetsnøkkeltall*
- *Systematisk arbeid med effektmålinger og forbedrings-/utviklingsarbeid*
- *Brukertilfredshet måles kontinuerlig*
- *Grad av samhandling med kompetansesenter/utdanningsinstitusjoner/forskningsavdelinger?*
- *Virkomheten driver forskningsaktivitet*
- *I. Innenfor dagens system: Disse bør mest hensiktsmessig være knyttet opp mot allerede eksisterende kvalitetsindikatorer for hvert enkelt deltjeneste (hovedsakelig knyttet opp til de forskjellige diagnosegrupper, som allerede får tilbud om tjeneste ved en rehabiliteringsinstitusjon). På systemnivå er det viktig at det fremkommer antall relevante faggrupper ved institusjonen, antall leger (lege) med relevant spesialitet, opplegg for tverrfaglig samarbeid og reell brukermedvirkning. På individnivå vil det innen dagens system kan aktuelle kvalitetsindikatorer for noen pasient (diagnose)grupper være Barthel indeks, gangdistanse, kondisjonsnivå, antall tilbake i arbeid, røykeslutt osv., utarbeidelse av målsettingsskjema, individuell plan og bedring i psykisk status (mestring/ kognitiv tilnærming).*
- *II. Ønskelige kvalitetsindikatorer for fremtiden: Private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner har i forbindelse med utarbeidelse av tilbud (anbud) til HF redegjort for aktuelle kvalitetsindikatorer for de forskjellige delytelsene (diagnosegruppene som skal ha tilbud i spesialisthelsetjenesten). Det kan være hensiktsmessig å samle disse og legge de mest aktuelle kvalitetsindikatorer for hver delytelse inn som indikatorer som skal brukes for fremtiden. Indikatorer må imidlertid være lettfattelige for hver enkelt pasient som skal velge mellom de forskjellige institusjoner med tilbud til aktuelle pasientgruppe.*

- *III. Felles kvalitetsindikatorer: Det bør være mulig å finne felles kvalitetsindikatorer, der hvor det er sammenfallende rehabiliteringstilbud i helseforetak og rehabiliteringsinstitusjonene. For enkelte pasientgrupper, for eksempel tidligrehabilitering direkte fra sykehusavdeling ved spesielt hodeskade og ryggmargsskade vil det sannsynligvis være vanskelig å finne gode indikatorer som dekker hele rehabiliteringsforløpet, hvis det senere i forløpet skjer en overføring til en rehabiliteringsinstitusjon. Innenfor andre delytelser/diagnosegrupper vil det være mulig å finne kvalitetsindikatorer som bør brukes både i helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette gjelder for eksempel inne hjerte- og lungerehabilitering, hjerneslagrehabilitering, ortopedisk rehabilitering, og noen diagnosegrupper innen nevrologisk- rehabilitering.*
- *Brukertilfredshet (tenk Trip Advisor) hvor det er lett å se hva brukerne er tilfreds med, ikke tilfreds med.*
- *Hvilken (tverrfaglige) kompetanse (yrkesgrupper) finnes på institusjonen?*
- *Kompetanse vs. riktig institusjon, kan de det jeg er ute etter? Hvilke erfaringer har de på mitt område? Hvor lenge har de holdt på?*
- *Settes det individuelle mål for oppholdet? Får du med deg en plan (IP) når du reiser hjem?*
- *Hvilke type opphold tilbys, mange vil ikke på gruppeopphold!*
- *Tilgangen på profesjonelle ressurser (leger o.a. profesjoner)*
- *Beskrivelse av et standard forløp (prosess fra inntak til utskriving)*
- *Fysiske og sosiale attributter (universell utforming, værelsestandard, treningsarealer, sosiale rom og måltider)*
- *Komfort og tilgang på andre tjenester (trådløst nettverk) og kulturtilbud*
- *Kommunikasjon: Hvor ligger institusjonen og hvordan nås stedet?*
- *Ventetider*
- *Linker til den enkelte institusjons hjemmeside/Facebook-side.*
- *Linker til fagartikler/vitenskapelige artikler skrevet på bakgrunn av den enkelte institusjons behandlingstilbud (som indikerer effekt av institusjonens tilbud).*
- *Hvilke tilbud har institusjonene til de ulike pasientgrupper? Beskrivelse av standard behandlingsforløp.*
- *Link til brukerundersøkelser*
- *Tilgjengelighet, lokaliteter, utstyr, basseng m.m.*

I denne sammenhengen trekkes det fram for å synliggjøre mangfoldet i forslagene som har kommet. Dette vil Helsedirektoratet arbeide videre med.

Vedlegg 3



Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO



Deres ref

Vår ref
08/145-

Dato
26. 04.2013

Fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner - oppdrag til Helsedirektoratet

1. INNLEDNING

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsykiatrisk senter eller institusjon som tilbys tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk, behandlingen skal foretas. Valgfrihet er positivt for pasienten og det bidrar til å øke pasientens mulighet til medbestemmelse på helseområdet. En slik valgrett er også viktig for rehabiliteringspasienter.

I høringsnotatet om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede hvorvidt retten til fritt sykehusvalg bør utvides til også å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil med dette brevet gi Helsedirektoratet i oppdrag å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de ønsker å motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. En utredning må inneholde en beskrivelse av ulike faglige problemstillinger innføring av en slik ordning vil innebære. Videre må juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser utredes.

2. DAGENS SYSTEM

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester innen regionen, herunder rehabilitering. Dette kan skje ved egne institusjoner eller ved private institusjoner. De regionale helseforetakene har i dag et stort antall avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. Institusjonene har noe forskjellig tilbud.

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Besøksadresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon
22 24 90 90
Org. no.
983 887 406

Spesialisthelsetjenesteavdelingen
Saksbehandler
Cathrine Runge

For pasienter som har behov for opptrenings- og/eller rehabilitering i direkte forlengelse av et sykehusopphold, henviser sykehuset pasienten direkte til den private institusjonen dersom ikke opptrenings- og/eller rehabilitering skal skje i sykehuset. Søknader fra fastleger om opptrening eller rehabilitering sendes som hovedregel til en egen henvisningsenhet i spesialisthelsetjenesten, sentral enhet rehabilitering (SeR) som er opprettet i alle helseregionene. For noen pasientgrupper er det opprettet egne henvisningsrutiner.

Pasienter har ikke nødvendigvis rett til opptrening eller rehabilitering. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Hvorvidt pasienten bør ha opptrening eller rehabilitering avgjøres ut fra en helsefaglig vurdering. Dersom opptrening eller rehabilitering anses nødvendig for å få forsvarlig behandling, har pasienten også et rettskrav på slik behandling. Det innebærer at pasienter som ikke får tilbud om opptrening eller rehabilitering, men mener de har behov for dette, kan klage til Fylkesmannen. Pasienter har imidlertid ingen rett til å velge hvor de skal motta opptrening eller rehabilitering.

3. PROBLEMSTILLINGER SOM MÅ UTREDES

Fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak om rehabiliteringstilbud på spesialisthelsetjenestenivå har juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser. En slik ordning kan også ha mer faglige utfordringer. Departementet ber om at direktoratet særlig vurdere følgende forhold:

3.1. JURIDISKE

Det må utredes hvorvidt det frie valget bør gjennomføres ved at man utvider ordningen med fritt sykehusvalg til å omfatte opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, eller om det er andre mer hensiktsmessige måter å gi pasienter og brukere en slik valgmulighet.

Dersom fritt valg etableres som en rettighet reises flere juridiske spørsmål:

- Skal pasienten kunne velge, må pasienten *først* tildeles en rett til rehabilitering.
 - Hvem skal tildele rettigheten?
 - Hvilke vilkår skal være oppfylt for å få tildelt en rettighet?
 - Skal det være frister for når rettigheten skal være oppfylt?
- Hva skal retten innebære, utover valg av institusjon:
 - Hvem skal avgjøre lengden på oppholdet, og hvilke kriterier skal gjelde for å avgjøre dette spørsmålet?
 - Skal det være begrensninger på hvilke institusjoner man kan velge?
 - Skal det være et krav om at tilbudet i institusjonen må være tilpasset pasientens behov, eller skal pasienten kunne velge fritt?

Det må videre vurderes om syketransportforskriften skal gjelde som i dag, eller om reiseutgifter til opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner skal dekkes uavhengig av

geografisk plassering. Eventuelt om reiseutgiftene skal dekkes som ved fritt sykehusvalg med en forhøyet egenandel.

3.2. ORGANISATORISKE

Avhengig av hvordan man gjennomfører fritt opptrenings- og rehabiliteringsvalg må det gjøres en vurdering av hvem som skal vurdere henvisningene, herunder om dagens ordning med regionenes henvisningsenheter skal videreføres.

3.3. ØKONOMISKE

Dersom pasienter gis anledning til å fritt velge opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, også i andre helseregioner, må det skje et økonomisk oppgjør mellom regionene for selve oppholdet. Det må gjøres en økonomisk beregning av om dette vil føre til økte utgifter for de regionale helseforetakene.

En eventuell utvidelse av dagens regelverk for syketransport til å omfatte dekning av reiseutgifter ved fritt rehabiliteringsvalg vil gi økte kostnader for de regionale helseforetakene. Det må gjennomføres en beregning av omfanget av denne økningen.

3.4. FAGLIGE

Det må utredes hvordan man kan legge til rette for at pasient og bruker kan ta et informert valg. Det foreligger per i dag ingen kvalitetskriterier eller objektive sammenlikningskriterier mellom de forskjellige institusjonene slik at det kan være vanskelig for pasientene og brukerne å foreta et informert valg.

Det må videre utredes hvordan et helhetlig pasientforløp kan ivaretas i et system der pasienten og brukeren selv kan velge hvor opptreningen eller rehabiliterings skal skje. Det er her naturlig at direktoratet ser hen til ordningen som gjelder for de private rusinstitusjonene.

4. OPPDRAG TIL HELSEDIREKTORATET

Helse- og omsorgsdepartementet gir Helsedirektoratet i oppdrag å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de ønsker å motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå.

Helsedirektoratets rapport IS-1947 *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* gir en beskrivelse av rehabiliteringsfeltet. Departementet legger til grunn at rapportens beskrivelse av faktiske forhold gir et godt utgangspunkt for en utredning av fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Dersom Helsedirektoratet under sin utredning ser andre problemstillinger eller spørsmål som er relevante for utredningsarbeidet ønsker vi tilbakemelding også på dette.

Departementet har tidligere vært i dialog med FFO om fritt valg av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak og ber om at FFO og regionale helseforetak trekkes inn i arbeidet.

Frist for oppdraget er 10. juni 2013.

Med vennlig hilsen



Cathrine Meland (e.f.)
ekspedisjonssjef



Cathrine Runge
seniorrådgiver

Vedlegg 4

Helsedirektoratets svar til Helse- og omsorgsdepartementet på det første oppdraget.



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 08/145
Vår ref.: 13/4095-8
Saksbehandler: Bjørnar Alexander Andreassen
Dato: 04.06.2013

Helsedirektoratets svar til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Helsedirektoratet viser til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet mottatt 29.04.13 knyttet til fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, og svarer oppdraget ut med dette brevet.

Helsedirektoratet har hatt en intern forankringsprosess i relevante divisjoner i denne saken. Dette svarbrevet er også forankret i Helsedirektoratets ledermøte. I tillegg har vi hatt en ekstern referansegruppe bestående av følgende personer:

- Nancy Haugan (Helse Midt-Norge RHF)
- Audhild Høyem (Helse Nord RHF)
- Hilde Rudlang (Helse Vest RHF)
- Marit Folkestad (Helse Sør-Øst RHF)
- Hovedorganisasjonen Virke: Finn Berset/Hilde Wangen
- KS Bedrift: Trygve Nøst
- NHO Service: Linn Pettersen
- Spekter: Karl-Arne Johannessen
- KS: Anne Gamme
- FFO: Andreas Habberstad
- SAFO: Stein Johnsen

Legeforeningen var også invitert til å være med, men greide ikke å stille med en representant innen oppdraget var sluttstilt. De har imidlertid skrevet en egen uttalelse som vedlegges dette svarbrevet.

Det er ulike meninger blant de ulike aktørene i saken. Helsedirektoratet har forsøkt å ta disse aktørenes innspill med i betraktning når vi har utarbeidet vårt endelige svar, beskrevet videre i dette brevet. Vi har for øvrig gjort den eksterne referansegruppen klar over at det er Helse- og omsorgsdepartementet som vil

avgjøre om dette brevet fra Helsedirektoratet vil være unntatt offentlighet eller ikke. De har derfor ikke sett det ferdige produktet. På den bakgrunn har 4 av aktørene bestemt seg for å forfatte en særuttalelse som vedlegg i forsendelsen til departementet. De fire aktørene er, foruten legeforeningen, Hovedorganisasjonen Virke, FFO og de fire regionale helseforetakene.

Fritt valg av private rehabiliteringsinstitusjoner

Helsedirektoratet anbefaler følgende modell for å gi pasienter og brukere fritt rehabiliteringsvalg: Rehabiliteringstilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene blir inkludert i ordningen med fritt sykehusvalg. Det anbefales ikke alternative modeller for fritt valg.

Retten til fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon må kun gjelde den delen av de private rehabiliteringsinstitusjonene som er spesialisthelsetjeneste etter ytelsesavtale med de regionale helseforetakene (altså er ikke plasser som er solgt til kommuner, NAV eller andre aktører underlagt ordningen).

Juridiske forhold:

Som for ordningen med fritt sykehusvalg for øvrig gjelder det at rettighetsvurdering må gjennomføres først. Pasienten må, etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, tildeles ett av to:

- Behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
- Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten med juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte

I tillegg til pasient- og brukerrettighetsloven, må man forholde seg til prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen for aktuelt fagområde i rettighetsvurderingen. Prioriteringsforskriften gir følgende vilkår for å få innvilget rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og disse vil gjelde også når man rettighetsvurderes i henhold til rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner;

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet gir også en indikasjon på hvilke rehabiliteringsoppgaver som naturlig hører inn under henholdsvis kommune og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Når behov for eller rett til spesialisthelsetjeneste er innvilget, kan pasienten etter denne anbefalingen benytte seg av fritt sykehusvalg innen private rehabiliteringsinstitusjoner som har et tilbud innenfor det feltet retten (eller behovet) gjelder for. De kommende endringene i pasient- og brukerrettighetsloven medfører for øvrig at nivået «behov for, men ikke rett til, spesialisthelsetjeneste» faller bort. Da blir det kun rettighetspasienter som er aktuelle for å foreta et fritt rehabiliteringsvalg.

Det anbefales at rettighetsvurderingen fortsatt ivaretas av de regionale vurderingsenhetene. Disse bør være godt koordinerte med hverandre på nasjonalt nivå. RHF'et vil også kunne opprette egne vurderingsordninger for enkelte pasientgrupper, slik man i enkelte regioner har gjort for pasienter som henvises for rehabilitering i forbindelse med "sykelig overvekt.

Det er anført som bekymring fra spesielt brukerorganisasjonene at det er så store regionale forskjeller når det gjelder tildeling av rett til nødvendig helsehjelp på området rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. De regionale vurderingsenhetene må ha stort fokus på, og samarbeid seg i imellom om, harmonisering av praksis på tvers av regionene hva gjelder rettighetstildeling.

Retten til fritt valg vil også gjelde når man henvises videre til en privat rehabiliteringsinstitusjon fra spesialisthelsetjenesten. Da skal som hovedregel henvisningen ikke rettighetsvurderes på nytt, i tråd med reglene i spesialisthelsetjenesten for øvrig. Det vil i slike tilfeller være svært viktig med en god dialog mellom henvisende instans og pasienten, slik at ikke unødvendig brudd i forløpet oppstår.

For at pasienten skal kunne benytte seg av retten til fritt valg av behandlingsinstitusjon, må pasienten få tilstrekkelig informasjon om tilbudet til eventuelt å kunne velge en annen institusjon med et tilsvarende tilbud. Fritt sykehusvalg gir ikke pasientene rett til å velge behandlingsnivå. Det er relativt stor spredning mellom tilbudene i ulike rehabiliteringsinstitusjoner. Helsedirektoratet anbefaler å begrense valgmulighetene pasienten stilles overfor til de private rehabiliteringsinstitusjonene som har tilbud til den aktuelle pasientgruppen. Det anbefales også ytterligere begrensninger basert på type tilbud som er innvilget for den aktuelle pasienten, samt faglig tyngde/kompleksitet som det i det aktuelle tilfellet er behov for. Dersom departementet ønsker å gå for noen slike begrensninger, så er det behov for en grundig nasjonal kartlegging av de forskjellige tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Noen slik oversikt finnes ikke nasjonalt per i dag. Denne kartleggingen bør i tilfelle gjennomføres *før* fritt sykehusvalg innføres for de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Noen ganger får pasienten tilbud om et mer eller mindre standardisert opplegg med en definert varighet. I mange tilfeller vil det imidlertid på dette området være som i spesialisthelsetjenesten for øvrig; Pasienten får innvilget rett til (eller behov for) spesialisthelsetjeneste, og så må behandler – gjerne i dialog med rettighetstildeler – vurdere når pasienten er utskrivningsklar igjen. Her kan man anføre at det er en risiko ved at institusjonen som skal vurdere eventuell forlengelse av oppdraget kan ha en økonomisk gevinst av å «holde på» pasienten, med de uheldige konsekvenser det kan ha for f.eks. ventetider, faglig forsvarlighet og fornuftig ressursutnyttelse. Helsedirektoratet anser at ansvaret for faglig forsvarlighet hviler på institusjonene og den tilliten de er blitt gitt ved at det regionale helseforetaket har inngått avtale med dem om leveranse av spesialisthelsetjenester. Ordningen med at institusjonen leverer spesialisthelsetjeneste etter avtale med de regionale helseforetakene muliggjør også at RHF'ene kan justere avtalene dersom en institusjon ikke leverer etter intensjonen.

Organisatoriske og økonomiske forhold:

De regionale helseforetakene har i dag ytelsesavtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene. RHF'ene har da mulighet til å foreta en behovsevaluering av hvilke og hvor mange plasser de behøver å kjøpe i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dette gir relativt forutsigbare rammer for de private rehabiliteringsinstitusjonene (selv om det er bemerket fra blant annet de private rehabiliteringsinstitusjonene at det hadde vært ønskelig med lengre avtaleperioder) og en forutsigbar utgiftsprofil for de regionale helseforetakene.

Ved fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon med gjestepasientoppgjør vil noe av denne forutsigbarheten trues. Dersom en region har beregnet hvor mye de vil bruke på å kjøpe privat rehabilitering og laget ytelsesavtaler med de lokale rehabiliteringsinstitusjonene basert på det, mens pasientene i regionen velger seg over til private rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner, kan man risikere følgende: Regionen som "mister" pasienter vil ende opp med å måtte betale «gjestepasientoppgjør» til andre regioner, samtidig som noen av de private rehabiliteringsinstitusjonene kan bli gående med tomme plasser. Sistnevnte forhold vil de regionale helseforetakene kunne kreve penger tilbake fra institusjonene for, eventuelt etter hvert korrigere størrelsen på avtalene.

Det vil bli en mer uforutsigbar utgiftsprofil for de regionale helseforetakene om man innfører fritt rehabiliteringsvalg. På kort sikt er det rimelig å anta at kostnadene totalt sett vil øke. På lengre sikt vil de regionale helseforetakene ha større muligheter til å avpasse omfanget av kjøp av plasser i private rehabiliteringsinstitusjoner til behovene i hvert RHF, slik de framstår etter at ordningen med fritt rehabiliteringsvalg har blitt etablert. Det vil også kunne bli en økt økonomisk risiko for de private rehabiliteringsinstitusjonene som eventuelt taper i den «nasjonale konkurransen om pasientene».

I og med at man i dag bruker noe over 1,5 milliarder kroner på kjøp av rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner er det snakk om potensielt store pengesummer i bevegelse.

Det anbefales å holde seg til dagens organisering innen spesialisthelsetjenesten, også om de private rehabiliteringsinstitusjonene underlegges ordningen med fritt sykehusvalg. Det medfører at man viderefører ordningen med at de private rehabiliteringsinstitusjonene leverer spesialisthelsetjeneste etter avtale med de regionale helseforetakene.

Det blir imidlertid av stor viktighet med god dialog mellom de forskjellige regionale helseforetakene om avtalene. Dette for å kunne foreta en noenlunde presis evaluering av behovet for kjøp av plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene, samt foreta en beregning av sannsynlig totalbudsjett på rehabiliteringsområdet for regionen, inklusive gjestepasientoppgjørene inn eller ut av regionen. Herunder også utgifter til syketransport. Det anbefales et nært samarbeid regionene imellom knyttet til kravspesifikasjonene til de private rehabiliteringsinstitusjonene ved avtaleinngåelse. Dette for å etterstrebe enten standardisering av tilbudene eller ytterligere spesialisering på nasjonalt nivå der det anses som nødvendig.

Det anbefales at fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon blir omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 (Rett til syketransport), samt syketransportforskriften slik som på i fritt sykehusvalgordningen for øvrig³⁸. Det er rimelig å anta at utgiftene her vil kunne bli betydelige.

³⁸ <http://www.frittsykehusvalg.no/Rettigheter/Reiseutgifter/>

Forskjellen mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene antas å være større enn for helseforetakene, så ordningen vil sannsynligvis brukes mer knyttet de private rehabiliteringsinstitusjonene enn for helseforetakene.

Da Helsedirektoratet i 2008 utarbeidet rapporten Privat i offentlig sektor³⁹ var det slik at Helse Vest hadde den største andelen med 29 % av «private rehabiliteringspasienter» som benyttet tilbud i andre regioner. For de øvrige regioner benyttet fra 90 – 98 % tilbud i egen region. Det er ikke utenkelig at andelen pasienter som får rehabilitering i andre regioner enn deres egen vil øke dersom man åpner for fritt rehabiliteringsvalg. Dette underbygger at det kan bli en del utgifter knyttet til sykefrakt, uten at det foreløpig synes mulig for Helsedirektoratet å eksakt forutsi omfanget av kostnadsøkningen. Det hører med i bildet at det i noen regioner faktisk er minst like dyrt å reise internt i regionen som ut av den.

Som for ordningen med fritt sykehusvalg for øvrig vil også følgende forhold gjelde:

*Sykehusene som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg er som hovedregel forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset, uavhengig av bosted. Det er ett unntak fra dette. Sykehusene kan avvise pasienter fra andre regioner som benytter retten til fritt sykehusvalg, når de må prioritere pasienters rett til vurdering/undersøkelse/behandling fra egen region.*⁴⁰

Det anbefales at det foretas en mer grundig analyse av de økonomiske konsekvensene av å innlemme tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene i ordningen med fritt sykehusvalg, før ordningen eventuelt innføres. Det vil være formålstjenlig å utføre denne analysen i sammenheng med den tidligere omtalte faglige kartleggingen av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Faglige forhold:

De faglige fordelene med å innføre fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon er primært følgende:

- Det involverer brukerne/pasientene og gir dem innflytelse. I tillegg sikrer dette lik tilgang på rehabilitering uansett hvor i landet man bor.
- Den økte konkurransen institusjonene imellom som fritt valg vil medføre, samt den gjennomgangen av de eksisterende tilbudene som Helsedirektoratet anbefaler, vil kunne føre til en kvalitetsforbedring totalt sett.
- Bedre utnyttelse av kapasitet. Pasienter kan nyttiggjøre seg eventuell ledig kapasitet i andre deler av landet dersom det er lang ventetid på deres nærmeste, aktuelle private rehabiliteringsinstitusjon.

Det må legges til rette for at pasientene som har behov for eller rett til spesialisthelsetjeneste, kan ta et informert valg om behandlingssted. De private rehabiliteringsinstitusjonene må framstilles oversiktlig på en nettside, slik som tilfellet er på www.frittsykehusvalg.no, og etter hvert på www.helsenorge.no. Her anbefaler Helsedirektoratet at man igangsetter et grundig arbeid å frambringe opplysningene som er aktuelle på en slik nettside (ventetider, aktuelle diagnosegrupper etc) før man evt. lar ordningen med fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon trå i kraft.

³⁹ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/privat-i-offentlig-sektor-/Publikasjoner/privat-i-offentlig-sektor-.pdf>

⁴⁰ <http://www.frittsykehusvalg.no/Rettigheter/>

En nettside kan imidlertid ikke erstatte en god pasientrådgivningstjeneste, spesielt ikke når det synes særlig komplekst å orientere seg i alle de forskjellige tilbudene som finnes på området, slik tilfellet er hva gjelder de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det anbefales at regionene bygger videre på de regionale vurderingsenhetene. Det er der rettighetstildelingen i all hovedsak foretas på dette området, og der sitter mye kunnskap om feltet. Det vil være ytterligere behov for dialog mellom de fire regionene, ettersom man i større grad vil bli forventet å kunne rådgi pasienter om tilbud i andre regioner. Det vil også være nødvendig med god koordinering opp mot rådgivningstjenesten for fritt sykehusvalg for øvrig.

Det er viktig at også pasienter som ikke kommer til de private rehabiliteringsinstitusjonene fra fastlegene via de regionale vurderingsenhetene, men som henvises videre fra helseforetak, informeres godt om pasientrådgivningstjenesten og nettsidene for fritt sykehusvalg. I slike tilfeller er det ofte ekstra viktig at valget ikke fører til unødvendige brudd og ventetider i pasientforløpet.

Det kan bli en utfordring å få til god samhandling med pasientenes hjemkommuner dersom man åpner for fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon. Det må settes krav til rutiner for samhandling med kommuner på andre kanter av landet ved avtaleinngåelse. Samhandlingsrutiner kan også være et viktig forhold å belyse for pasienten for å sikre at de kan ta et informert valg. Her kan man tenke seg at det for de lokale rehabiliteringsinstitusjonene vil ligge et konkurransefortrinn. Tross moderne samhandlingsverktøy kan det tenkes at det vil være lettere for nærliggende private rehabiliteringsinstitusjoner å samhandle med omkringliggende kommuner enn tilfellet vil være for en privat rehabiliteringsinstitusjon som ligger langt unna.

Trusselen mot lokale fagmiljøer er blitt trukket fram. Dersom det innen enkelte pasientgrupper primært velges behandlingstilbud i *en* region, vil grunnlaget for å opprettholde tilbudet i de andre regionene kunne falle bort. Dette er en reell trussel, men her må de regionale helseforetakene ha gjensidig dialog rundt avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene. Om alle private rehabiliteringstilbud skal finnes i alle regioner, eller om det holder at f.eks. en eller to regioner har tilbudet med lik tilgang for hele landet, bør være en del av denne dialogen.

Foreslått oppfølgingsoppdrag:

Det gjennomføres, i samarbeid med de regionale helseforetakene og eventuelt andre relevante aktører, en nasjonal kartlegging av tilbudene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Denne kartleggingen skal frambringe en grundig beskrivelse av de forskjellige tilbudene i disse institusjonene, slik at man bedre kan legge til rette for fritt valg *kun* mellom de tilbudene som faktisk leverer det pasienten etter en faglig vurdering behøver. En bør her ta sikte på å beskrive tilbudene hva gjelder blant annet oppholdstyper, pasientgrupper, mulighet for ivaretagelse av individuelle behov, lokaliteter, fasiliteter og faglig bredde og tyngde. Denne kartleggingen vil også gi kunnskap som i ettertid kan benyttes av pasientrådgivningstjenesten og internettsiden for fritt sykehusvalg, som grunnlag for pasientens informerte valg. Oppdraget bør også omfatte en mer detaljert analyse av de økonomiske konsekvensene av fritt sykehusvalg på området private rehabiliteringsinstitusjoner, samt en gjennomgang av dagens ordning med avtaleinngåelse mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Oppdraget bør gjennomføres *før* ordningen med fritt valg av privat rehabiliteringsinstitusjon innføres.

Vennlig hilsen

Cecilie Daae e.f.
divisjonsdirektør

Anne-Stina Nordmo
avdelingsdirektør

Vedlegg: 4

Vedlegg 5

Helse- og omsorgsdepartementets oppfølgingsoppdrag til Helsedirektoratet



Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
08/145-

Dato
27.08.2013

Fritt valg av opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner - oppfølgingsoppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet viser til vårt oppdrag til Helsedirektoratet gitt i brev av 26. april 2012 om å utrede mulige løsninger for å gi pasienter og brukere anledning til å velge hvor de ønsker å motta opptrening og rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Helsedirektoratet har gitt svar på oppdraget i brev av 4. juni 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker et best mulig beslutningsgrunnlag når vi skal vurdere å utvide fritt sykehusvalg til å omfatte opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, og gir på bakgrunn av dette Helsedirektoratet et oppfølgingsoppdrag med konkrete punkter for videre utredning. Dette er i tråd med hva direktoratet selv tilrår i sitt svarbrev.

Departementet har behov for en detaljert beskrivelse av dagens system innenfor rehabilitering. Vi ønsker beskrevet henvisningsrutiner, rettighetsvurderinger, tildeling av opphold og avtaler. Vi ønsker også en oversikt over dagens pasientstrømmer, herunder hvor stor andel som blir behandlet utenfor egen helseregion og hvordan reiseutgiftene for disse pasientene håndteres. Direktoratet må kartlegge kapasiteten på området og på bakgrunn av dette vurdere om det med dagens kapasitet vil være praktisk mulig med fritt valg på nasjonalt nivå.

Videre ber vi direktoratet kartlegge tilbudet til de private rehabiliteringsinstitusjonene, herunder gi en grundig beskrivelse av de forskjellige tilbudene blant annet hva gjelder innhold i tilbudet, pasientgrupper, mulighet for ivaretagelse av individuelle behov, lokaliteter, fasiliteter og faglig bredde og tyngde. I denne sammenheng ber vi også om at direktoratet beskriver hvordan dagens avtaler mellom de regionale helseforetakene og de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene er. Videre om innføring av fritt valg vil innebære behov for endringer i dagens avtalesystem.

Avslutningsvis må direktoratet drøfte mulig modell for økonomisk oppgjør mellom helseregionene, herunder om det skal legges opp til en fast pris per oppholdsdøgn eller om det

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Besøksadresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon
22 24 90 90
Org.no.
983 887 406

Spesialisthelsetjenesteavdelingen
Saksbehandler
Cathrine Runge

skal legges opp til prisdifferensiering som i større grad reflekterer kostnader ved ulike tilbud.

Med vennlig hilsen



Cathrine Meland (e.f.)
ekspedisjonssjef



Cathrine Runge
seniorrådgiver

Vedlegg 6

SÆRMERKNAD TIL RAPPORT FRITT REHABILITERINGSVALG FRA VIRKE REHAB, NHO SERVICE, KS BEDRIFT OG FFO

FFO, Virke Rehab, NHO Service og KS Bedrift vil innledningsvis uttrykke sin glede over at det synes å være et sterkt politisk flertall for å innføre fritt rehabiliteringsvalg. Dagens ordning med geografiske forskjeller og begrensinger bryter med prinsippet om at det skal være lik tilgang på helsetjenester uansett hvor man bor i landet. *Fritt rehabiliteringsvalg* vil gi raskere og riktigere rehabilitering som også vil ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt, ved at flere kommer raskere tilbake i jobb. I tillegg vil det:

- gi brukerne mer innflytelse over egne valg, som vil ha en positiv effekt i forhold til å nå målene for rehabiliteringsoppholdet
- øke konkurransen mellom institusjonene, som kan bidra til en kvalitetsmessig forbedring
- bedre utnyttelsen av ledig kapasitet

Ordningen for fritt rehabiliteringsvalg må få samme organisering som Fritt sykehusvalg og gjelde for rehabiliteringsplassene innen spesialisthelsetjenesten. *Fritt rehabiliteringsvalg* må derfor omfatte rehabiliteringstilbudet både i rehabiliteringsinstitusjonene og helseforetakene, slik det er beskrevet i Alternativ modell 1 i rapportutkastet. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten utføres enten i helseforetak eller i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Hvis bare det private tilbudet skal inngå i fritt rehabiliteringsvalg, er vi redd rehabiliteringstilbudet i helseforetakene, som allerede er bygget ned de siste årene, vil bli endra mindre synlig og på sikt bli marginalisert. Dette er ikke en ønsket utvikling og vil stride mot det grunnleggende i denne ordningen, at brukeren selv skal velge det tilbudet som passer best og hvor kompetansen er riktig i forhold til det som etterspørres. *Fritt rehabiliteringsvalg* bør derfor ikke utelukkende handle om valg av privat institusjon, men valg av rett tilbud på rett sted til rett tid.

Den skisserte tekniske løsningen virker tungvint. Vi anbefaler at *Fritt rehabiliteringsvalg* bruker den samme logikken som *Fritt sykehusvalg* og at man bruker begrepet spesialisert rehabilitering på *Fritt sykehusvalg* sine sider. Skal dette bli et reelt valg for brukerne, må den gjøres intuitiv og brukervennlig. Det er viktig å finne den rette balansen, slik at man blir styrt til rett sted, men ikke så mye at det virker begrensende. Den skisserte løsningen medfører f.eks. at det er opp til vurderingsenhetene å avgjøre om det skal tilbys gruppe- eller individuelt opphold. I tillegg vil det kunne oppstå tvil og gråsoner i forhold til mange av de foreslåtte valgene i nedtrekksmenyene. Det synes også unødvendig å bringe geografi inn som et valg, da ordningen med fritt rehabiliteringsvalg nettopp er ment å utligne de geografiske forskjellene i tilbudet som finnes i dag. Det videre arbeidet med den tekniske løsningen forutsetter god brukermedvirkning. Det er behov for å gjøre en kartlegging av kapasiteten på rehabiliteringsfeltet når alle de regionale helseforetakene har slutført det pågående arbeidet med neste anbudsperiode.

Hilde M. Wangen /s/
Virke Rehab

Arild Furuseth /s/
NHO Service

Inger J. Osland /s/
KS Bedrift

Eva Buschman /s/
FFO

Andreas Habberstad
FFO

Vedlegg 7

Særmerknad fra Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Etablering av fritt rehabiliteringsvalg

Private rehabiliteringsinstitusjoner har en lang historie og tradisjon i Norge . De har spilt en viktig rolle innen rehabilitering og vil også gjøre dette i fremtiden. Men det er svært viktig at denne reformen ikke medfører en reduksjon av tilbudene ved de enkelte helseforetak.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Tidlig kompleks rehabilitering etter akutte skade, sykdommer med omfattende og kompleks funksjonsnedsettelse organisert i behandlingskjeder med akuttavdelinger **må** lokaliseres i fysisk nærhet til de somatiske sykehusene og **må** være et sykehus oppgave. Det er kun slik en kan overta pasientene i tidlig fase og være deltagende i hele rehabiliteringsforløpet. Slik kan en individualisere rehabiliteringsforløpet i tid og innhold og sammen med ambulerende team, kommunale rehabiliteringsteam lage en sømløs overgang til hjemmet.

For pasienter med varig funksjonsnedsettelse, sykdommer med ett progredierende forløp vil og kan private rehabiliteringsinstitusjoner ha ett nyttig og riktig tilbud. Pasienter som trenger institusjonsopphold i forhold til sammensatte plager og tilbakeføring evt. avklaring til arbeid er en annen gruppe.

Samhandling og veiledningsplikt

En av intensjonene ved samhandlingsreformen er å fremme gode behandlingslinjer med sømløse overføringer fra sykehus til hjemmet, evt. via opphold innen rehabiliteringsavdeling. Store geografiske avstander mellom hjem og private rehabiliteringsinstitusjoner vil være utfordrende. Det må stilles tydelige krav til veiledningsplikt og samhandling mellom rehabiliteringsavdeling/institusjon og kommunen. Store avstander mellom behandlende sykehus og rehabiliteringsinstitusjon vil kunne medføre at pasienten må legges inn ved andre sykehus ved komplikasjoner eller akutt sykdom. Kommunen må forholde seg til flere ulike rehabiliteringsinstitusjoner i ettertid.

Spesialistutdannelse i fysikalsk medisin og rehabilitering

Fjerner man avdelingene i fysikalsk medisin og rehabilitering fra helseforetakene mister faget sin naturlige del som en medisinsk spesialitet. Rekruttering og utdanning av fremtidige spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering vil kunne bli skadelidende. Faget fysikalsk medisin og rehabilitering representerer en filosofi og ett verktøy som har vist seg nyttig også innen forebygging, behandling og reduksjon av sykkelighet ved en rekke

sykdommer Det er viktig at disse tankene og modellene brukes innen somatisk medisin. Om faget fjernes fra de somatiske sykehusene mister en denne muligheten.

Økonomisk incentiv

Vi ser det som svært viktig at de private rehabiliteringsinstitusjoner ikke fortrenger, men supplerer tilbudet til helseforetakene. Det må foreligge klare økonomiske føringer som sikrer dette. Dette er helt nødvendig om en vil ha en fremtidsrettet spesialisert rehabiliteringstjeneste.

04.04.14

For styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
Jostein Grimsmo



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass,
0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Telefon: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no