

Forbedringer av fristbruddordningen 2024

Først publisert: 06. januar 2025

Siste faglige endring: 06. januar 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	8
3. Deloppdrag 1: Bedre utnyttelse av handlingsrommet innenfor dagens regelverk	12
4. Deloppdrag 2: Tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag	32
5. Deloppdrag 3: Oppgjørsløsning	38
6. Deloppdrag 4: Rapportering til NPR	74
7. Deloppdrag 5: Overføring av kontraktsansvaret	76
8. Økonomiske og administrative konsekvenser	87
9. Vedlegg: Oversikt over Helfos avtaler	92

Sammendrag

I Helsedirektoratets rapport om fristbruddordningen av 2023 fremgår det at det er utilstrekkelig kontroll med kostnadene i ordningen og kvaliteten på tjenestene som ytes. I tillegg ble det vist at sykehusene har lite informasjon om hva de betaler for, og at fristbruddleverandørene ikke rapporterer til NPR i tilstrekkelig grad. På denne bakgrunn har departementet gitt Helsedirektoratet et nytt oppdrag, der hovedformålet er å adressere flere av de utfordringene som ble pekt på i fjorårets rapport. Oppdraget er delt inn i fem underoppdrag som hver for seg adresserer utfordringene.

Departementet har bedt Helsedirektoratet om å vurdere endringer som kan virke både på kort og på noe lengre sikt, og om å foreslå endringer i lov og forskrift dersom relevant, men avgrenset slik at pasientenes rettigheter ikke endres.

I det følgende redegjør Helsedirektoratet for de foretatte vurderingene. Som det vil fremgå, er det gjensidige avhengigheter mellom flere av temaene, og de må derfor vurderes i sammenheng.

Deloppdrag 1: Bedre utnyttelse av handlingsrommet innen dagens regelverk

Helsedirektoratet er bedt om å vurdere mulighetene til å oppnå bedre utnyttelse av handlingsrommet innenfor rammene av dagens regelverk for å oppnå bedre kontroll med kostnadene og levert tjenesteinnhold. Helsedirektoratet er også bedt om å vurdere en mekanisme for prisregulering, slik at prosedyrer og tilsvarende som ikke er prissatt i avtalene i dag får dette, samt forutsetninger for en implementering. I tillegg er det forutsatt at direktoratet har dialog med RHF-ene for å vurdere om det er elementer i deres avtaler med private leverandører som kan overføres til avtalene Helfo har med fristbruddleverandørene.

Helsedirektoratet har identifisert enkelte tiltak som kan gjennomføres på kort sikt for å oppnå bedre kontroll. Disse tiltakene handler primært om Helfos oppfølging av fristbruddleverandørene, herunder innhold i rapporteringen til Helfo fra fristbruddleverandørene. I forbindelse med inngåelse av nye rammeavtaler kan det også tas inn elementer som vil bidra til noe bedre kontroll. Disse tiltakene handler om en ytterligere tydeliggjøring blant annet av kravene til å følge opp pasientenes behandlingsomfang, kravene til fristbruddleverandørens samhandling med spesialisthelsetjenesten etc. Dette vil ta noe lengre tid, ettersom elementene vil måtte tas inn i nye avtaler.

Samlet sett er Helsedirektoratet av den oppfatning at tiltakene med størst effekt for kontroll med kostnader og levert tjenesteinnhold medfører behov for regelverksendringer, og at det derfor er begrenset hvilke forbedringer som kan gjøres på kort sikt.

Som ledd i vurderingen av hvilket handlingsrom det finnes innen dagens regelverk, har direktoratet vurdert muligheten for å bruke RHF-enes kontrakter som mal, og kommet til at det er mindre aktuelt på grunn av ulike rammebetingelser for Helfos og RHF-enes kontraktsinngåelse. Kontraktene synes på overordnet nivå å adressere de samme temaene, og det rent prosessuelle i anskaffelsene synes også å være relativt like. Også når det gjelder pris, fastsettes disse innenfor begge ordningene på bakgrunn av konkurranser etablert innen rammene av anskaffelsesregelverket. Det er imidlertid Helsedirektoratets oppfatning at Helfos handlingsrom er mer begrenset når det gjelder muligheten til å oppnå bedre kontroll, for eksempel ved at Helfo ikke har samme anledning til å legge klare føringer for tjenesteinnhold og -volum. Helsedirektoratet gir en beskrivelse av innretningen og avgrensningen av ordningen for å synliggjøre at vi mener det er behov for å se nærmere på om rettigheten ved fristbrudd eller fare for fristbrudd bør innrammes på en annen måte.

Helsedirektoratet har i tråd med oppdraget vurdert to metoder for å fastsette priser. Den ene metodikken tilsvarer dagens metodikk hvor det avtales prosedyrepriser, men det legges opp til å avtale priser av et større omfang enn i dag. Helfo anslår at ca. 85 prosent av samlet aktivitet i fristbruddordningen er prissatt per i dag. Ved å prissette flere prosedyrer, vil anslagsvis 95 prosent av aktiviteten kunne bli prissatt. Den andre metodikken bygger på DRG-systemet. De to metodene har ulike styrker og svakheter. Dersom man ser på prissettingsmekanismene isolert, er Helsedirektoratet av den oppfatning at en prissettingsmetodikk som baserer seg på flere avtalte prosedyrepriser er å anbefale. Dette fordi løsningen er godt kjent blant aktørene i ordningen, og fremstår mer transparent, samtidig som den allerede anvendes på fristbruddområdet. En DRG-basert prissettingsmekanisme vil derimot medføre en fundamental endring i måten prisene settes på, og vil ha flere usikkerhetsmomenter knyttet til seg. Helsedirektoratet mener imidlertid at en endelig anbefaling rundt metodikk for prisfastsettelse også må vurderes i lys av muligheten for å anvende metodikken i en oppgjørsløsning, samt hvilke konsekvenser den har for å sikre rapportering til Norsk pasientregister (NPR). Mulige oppgjørsløsninger adresseres i rapportens behandling av [deloppdrag 3](#), og rapporteringen til NPR adresseres i [deloppdrag 4](#). Helsedirektoratet viser imidlertid til at en prissettingsmetodikk basert på flere avtalte prosedyrepriser vil kreve endringer i avtalene mellom Helfo og fristbruddleverandørene, mens en prissettingsmetodikk basert på DRG vil medføre behov for regelverksendringer. Dette omtales i deloppdrag 3 til oppgjørsløsning 1 - 3.

Deloppdrag 2: Tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag

Helsedirektoratet er bedt om å vurdere endringer, herunder regelverksendringer, som kan gi transparens for sykehusene med hensyn til å vite hva de betaler fristbruddleverandørene for. Regelverksendringene må ta høyde for at sykehusene får tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag uavhengig av om de betaler fristbruddleverandørene direkte eller via Helfo gjennom ev. endret oppgjørsløsning.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke behandlingsutgiftene ved fristbrudd, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2. Sykehusene eller de regionale helseforetakene skal ikke innen rammen av dagens fristbruddordning utøve kontroll med tjenestene som er gitt av fristbruddleverandøren, og vil ikke kunne unnlate å betale fristbruddleverandør for utført helsehjelp. I dag sender fristbruddsleverandøren faktura for utført behandling direkte til sykehuset, uten at sykehuset får informasjon om hvilken behandling som er utført. I fjorårets rapport ble det kartlagt at informasjonen som fremgår av fakturaene HF-ene mottar fra fristbruddleverandørene er begrenset til at FRIDA-saksnummeret oppgis. Det gjør at sykehusene vil kunne identifisere hvilken pasient fakturaen gjelder. Det er per i dag ikke adgang til at fristbruddleverandørene kan utgi helseopplysninger om pasienten for at RHF/HF skal kunne kontrollere betalingskravet ved det økonomiske oppgjøret, som følge av at disse er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21.

Helsedirektoratet vurderer at sykehusenes tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag er avhengig av behovet, dvs. hva sykehuset skal kunne bruke opplysningene til. Behovet må vurderes i lys av rammene for fristbruddordningen og at Helfo har kontraktsansvaret overfor fristbruddleverandørene. Helsedirektoratet vurderer at behovet vil kunne være begrenset til å sjekke at fakturaen gjelder pasienter som de har videreformidlet til fristbruddordningen, informasjon om hvilken rammeavtale som ligger til grunn, og samt også informasjon om at behandlingen av pasienten er avsluttet hos fristbruddleverandøren.

Dersom det likevel vurderes at det er behov for å gi fristbruddleverandørene adgang til å gi helseopplysninger som er relevant og nødvendig i mer spesifiserte betalingsgrunnlag til RHF-ene, kan dette reguleres ved å innta et unntak fra taushetsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd. Det bør i så fall også gis en forskriftshjemmel i bestemmelsen. Hvilke opplysninger som er nødvendige, kan fastsettes i en tilhørende forskrift med hjemmel i denne bestemmelsen.

Helsedirektoratet vil imidlertid peke på at en tilrettelegging for at sykehusene skal få tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag må bero på en konkret vurdering av hva sykehusene skal kunne anvende informasjonen til. Dersom sykehusene skal anvende informasjonen til å kontrollere berettigelsen av en faktura fra fristbruddleverandøren, vil det kunne medføre at sykehusene "overprøver" vilkårsoppfyllelsen for faktureringen slik vilkårene er satt i Helfos avtaler. Så lenge kontraktsansvaret fortsatt tilligger Helfo, må man motvirke uklare roller mellom Helfo og sykehusene når det gjelder kontroll og sanksjonering.

Deloppdrag 3: Oppgjørsløsning

Helsedirektoratet er bedt om å utrede en oppgjørsløsning som gir bedre kontroll med betalingsstrømmene. Vi er bedt om å se på om Helfo, som er avtalepart med de private, også kan ha oppgjøret med de private. Direktoratet mener det er flere fordeler med oppgjørsløsninger via Helfo. Dette vil gi en kobling mellom prisene og oppgjørene, ved at Helfo er kjent med prisene og vil kunne sikre at leverandører ikke krever betaling i strid med hva som er avtalt. Videre vil oppgjør via Helfo gi en samlet oversikt over hva som er utbetalt til fristbruddleverandørene, og hva som faktureres de enkelte sykehusene.

Vi har i denne rapporten vurdert 5 ulike modeller for oppgjørsløsninger der Helfo får en oppgjørssrolle. De vurderte oppgjørsløsningene er nært knyttet til de vurderte metodene for prissetting, jf. [deloppdrag 1](#). Vi har vurdert tre ulike versjoner av en oppgjørsløsning som baserer seg på DRG-beregnete referansepriser hvor NPR foretar DRG-grupperingen, og en oppgjørsløsning som baserer seg på at det avtales konkrete priser.

1. Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og foretar oppgjør
2. Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og opplysninger fra fristbruddsleverandøren
3. Helfo mottar krav og DRG-grunnlaget fra fristbruddleverandøren.
4. Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren. Kravene inneholder informasjon som kan anvendes for god kontroll. Prisene fastsettes i avtale mellom Helfo og fristbruddleverandør
5. Minimumsløsning der Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren, men kravene inneholder begrenset informasjon som kan anvendes i kontrolløyemed. Prisene fastsettes gjennom avtale mellom Helfo og fristbruddleverandør.

Oppgjørsløsning 1-3 forutsetter bruk av DRG-beregninger fra NPR. Helsedirektoratet vurderer det å bruke av DRG-grunnlaget fra NPR i en konkret individuell oppgjørsløsning, kan forutsette endringer i NPR-forskriften og helseregisterloven. Dette fordi NPR skal behandle opplysninger til såkalte sekundærformål. Vi mener at en oppgjørsmode som Helfo skal forvalte bør reguleres til pasientjournalloven, fordi denne behandlingen av opplysninger kan anses som et såkalt primærformål, dvs. Behandling av opplysninger for administrasjon av helsehjelpen til den enkelte pasient. Dette er nærmere beskrevet under hver enkelt modell.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at oppgjørsløsning i modell 4 der fristbruddleverandøren fakturerer Helfo for avtalte priser, fremstår som den foretrukne modellen. Modell 4 fremstår mer praktikabel og lettere å implementere enn de DRG-baserte modellene (1, 2 og 3), samtidig som den gir langt bedre innsikt i og kontroll med kostnadene enn minimumsløsningen som følger av modell 5. Modell 4 tilrettelegger for økt innsikt i og kontroll med kostnader og tjenesteinnhold, mens modell 5 kun innebærer at oppgjørene som i dag foretas mellom leverandørene og HF-ene flyttes over til Helfo (kun begrenset informasjon vil følge med kravet). I den modellen vil det ikke behandles flere opplysninger i oppgjøret enn i dag, og modellen krever ikke regelverksendringer. Modell 4 vil kunne etableres i forskrift til pasientjournalloven § 11, der forskriften nærmere kan regulere Helfos rolle og gi et rettslig grunnlag for behandlingen av opplysningene i oppgjørsløsningen. Dette innebærer at det ikke er behov for en lovendring til denne modellen, slik det ble skissert til alternativ 2 i forrige rapport. Færre tekniske, juridiske og avtalemessige tilpasninger vil kreves med denne modellen enn i modellene som er basert på DRG-grunnlag fra NPR. Dette betyr også at tidshorisonten for mulig implementering for å sikre bedre innsikt i og kontroll med kostnadene er nærmere enn dersom man går for en oppgjørsløsning basert på en prissettingsmetodikk i de øvrige modellene der DRG-beregninger fra NPR skal legges til grunn i oppgjøret.

En oppgjørsløsning der DRG-grupperingen foretas av NPR og resultatet av denne formidles fra NPR til bruk i de etterstående oppgjørene, enten det gjøres som i modell 1, 2 eller 3, vil imidlertid være den eneste løsningen som vil sikre fullstendig rapportering til NPR. Dette fordi rapporteringen til NPR gjøres til en forutsetning for utbetaling til fristbruddleverandørene. I oppgjørsmodellen basert på flere avtalte priser vil ikke rapporteringen til NPR være en kontrollerbar forutsetning for oppgjør, men løsningen kan likevel innrettes med større grad av sikkerhet rundt rapporteringen enn i dag. Dette kan innrettes på den måten at fristbruddleverandørene må krysse av for i kravsfremsettelsen at rapportering til NPR er gjennomført, og evt. ved å vedlegge kvittering fra NPR på innsendt aktivitetsdata.

Etter en samlet vurdering av fordeler og ulemper knyttet til prissettingsmetodikk og tilhørende oppgjørsløsning, er Helsedirektoratet av den oppfatning at modell 4, der en prissettingsmetodikk basert på flere avtalte priser og Helfo foretar oppgjørene i en løsning som bygger på Fritt behandlingsvalg, er å anbefale.

Deloppdrag 4: Rapportering til NPR

Fristbruddleverandørene har plikt til å innrapportere aktivitet til NPR. Kartlegging fra 2022 viser likevel at innrapporteringen ikke er fullstendig. Det fører blant annet til at RHF-ene går glipp av ISF-inntekter. Oppdraget ber om forslag til tiltak og eventuelle regelverksendringer for å sikre at fristbruddleverandørene rapporterer all aktivitet de utfører innenfor fristbruddordningen til NPR.

Det er allerede iverksatt tiltak for å bidra til at fristbruddleverandørene innrapporterer til NPR. Det er imidlertid behov for ytterligere tiltak.

Helsedirektoratet mener valg av prissettingsmekanisme og valg av oppgjørsløsning vil kunne forbedre innrapporteringen til NPR. En løsning med prissetting av tjenestene ved hjelp av DRG-gruppering av data i NPR, ville best sikre komplett innrapportering til NPR. Og det ville gi samsvar mellom aktivitet hos leverandørene, fakturering av sykehus, og gi korrekt ISF-refusjon. Som det fremgår av deloppdrag 2 og 3, anbefaler direktoratet likevel ikke en slik løsning for prissetting og oppgjør.

Direktoratet mener en oppgjørsløsning via Helfo vil kunne bidra til noe bedre innrapportering til NPR enn i dag. Det vil kunne gi Helfo et bedre grunnlag for oppfølging av fristbruddleverandørene, når det gjelder rapportering. Vi foreslår at leverandørene må bekrefte at de har rapportert til NPR før de kan sende oppgjørskravet til Helfo. Videre vil forskriftsfesting av at helprivate leverandører får plikt til innrapportering til NPR kunne virke positivt.

Deloppdrag 5: Overføring av kontraktsansvaret

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av St. meld. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan, bedt regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å utrede fordeler og ulemper med slik overføring.

Å overta ansvaret for avtalene kan forstås som at RHF-ene overtar ansvaret for å inngå avtaler med leverandørene, og å følge opp leverandørene. Alternativt kan det forstås som at RHF-ene også overtar ansvaret for å formidle pasienter til fristbruddleverandører. I dagens fristbruddordning har Helfo begge rollene. Helsedirektoratet legger til grunn at Stortinget ba regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret, ikke ansvaret for å formidle pasienter.

Formålet med dagens innretning av fristbruddordningen og pasientrettigheten er at sykehusene skal stimuleres til å unngå fristbrudd, om nødvendig inngå egne avtaler og benytte totalkapasiteten i det offentlige.

Fristbruddordningen retter seg inn mot situasjoner der RHF-ene ikke klarer å oppfylle ansvaret som følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-2 a og b, og det er gitt nærmere regler om organiseringen av ordningen i prioriteringsforskriften. Fristbrudd skal regnes som siste utvei, det er RHF-ene som i første omgang «eier» pasienten, og har muligheter til å skaffe denne helsehjelpen innen fristen, slik at fristbruddet unngås.

Dersom RHF-ene skal overta kontraktsansvaret med fristbruddleverandørene er det nærliggende å se det slik at disse avtalene inngås med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven, og ikke spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det kan tilsi at avtalene må innrettes på en annen måte enn avtalene som RHF-ene vanligvis inngår, og som eksempel er det ikke nødvendigvis slik at RHF-ene vil kunne begrense lengden på behandlingsforløpet eller ha muligheten til å påvirke hvilken behandling pasienten fristbruddpasienten skal motta. Helsedirektoratet mener handlingsrommet langt på vei vil være det samme for RHF som for Helfo. Slik sett vil overføring av kontraktsansvaret i seg selv ha begrensede virkninger.

Helsedirektoratet ser likevel at det trolig vil være mulig å sikre et tettere samarbeid mellom fristbruddleverandøren og sykehuset dersom kontraktsansvaret overføres til RHF-ene, og at dette vil kunne redusere en risiko for overbehandling og legge til rette for gode pasientforløp. Videre er det direktoratets vurdering at det kan være en hensiktsmessig løsning at den aktøren som har finansieringsansvaret også har kontraktsansvaret.

En eventuell overføring av kontraktsansvaret må antas særlig å være begrunnet i de økonomiske konsekvensene dagens ordning har for helseforetakene. Ved innføringen av fristbruddordningen ble pasientens rettigheter veid opp mot mulige konsekvenser fristbrudd ville kunne få for sykehusene, og det ble lagt til grunn at hensynet til pasientene veier tyngre enn hensynet til sykehusenes økonomi.

Etter direktoratets vurdering er det en risiko at en overføring av kontraktsansvaret vil kunne påvirke pasientens rettigheter. Eksempelvis vil tilbudet til fristbruddpasienter være avhengig av RHF-enes evne og vilje til å inngå tilstrekkelig omfang av avtaler med fristbruddleverandører. I forarbeidene ble det særlig pekt på behovet for at ansvaret for å skaffe et subsidiært tilbud ikke burde ligge til sykehuset som ikke har lyktes i å gi behandling innen fristen, men til et annet organ. Så lenge formidlingsoppgaven fremdeles ligger til et organ uavhengig av sykehuset anser direktoratet at pasientrettigheten ivaretas også ved en overføring av kontraktsansvaret.

Innledning

Oppdrag: Forbedringer av fristbruddordningen (TTB 2024-30)

Helsedirektoratet mottok følgende oppdrag 4. juni 2024, i tillegg til tildelingsbrev 2024-30:

I svar på TB 2023-77 fremkommer det svakheter ved dagens fristbruddordning. Rapporten viser at det er manglende kontroll med kostnadene i ordningen og kvaliteten på tjenestene som ytes. Fristbruddleverandørene rapporterer ikke i tilstrekkelig grad til NPR og sykehusene har lite informasjon om hva de betaler for.

Hovedformålet med dette oppdraget er bedre kontroll med kostnadene og tjenestekvaliteten i fristbruddordningen. Som ledd i dette er det også behov for å sikre riktig rapportering til NPR og sørge for at både staten og de regionale helseforetakene (RHF) har tilstrekkelig informasjon om grunnlaget for utbetalingene gjennom ordningen. Det er behov for å vurdere endringer som kan virke både på kort og noe lengre sikt. Helsedirektoratet bes foreslå endringer i lov og forskrift der det er relevant, men avgrenset slik at pasientenes rettigheter ikke endres.

Bedre utnyttelse av handlingsrommet innenfor dagens regelverk

Helsedirektoratet i har i svar på TB 2023-77 oppgitt at det er få muligheter for forbedringer innenfor dagens regelverk. Direktoratet viser til enkelte forhold, som at ikke alle prosedyrer har en pris og at enkelte forhold ikke er regulert slik som en behandlingstime i psykisk helsevern. På kort sikt bes Helsedirektoratet vurdere og foreta ev. endringer i dagens ordninger for å utbedre denne typen forhold for å oppnå bedre kontroll med kostnadene og levert tjenesteinnhold. Helsedirektoratet bes blant annet vurdere en mekanisme for prisregulering slik at prosedyrer og tilsvarende som ikke er prissatt i avtalene i dag får dette, samt forutsetninger for en implementering. Som en del av oppdraget bes direktoratet om å ha dialog med RHF-ene og Sykehusinnkjøp HF for å vurdere om det er elementer i disse avtalene som er egnet for å utbedre avtalene med fristbruddleverandørene.

Tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag

Direktoratet skal også vurdere og foreslå endringer, herunder regelverksendringer, som kan gi transparens for sykehusene med hensyn til å vite hva de betaler fristbruddleverandørene for. Her kan det være aktuelt å se hen til regelverksendringene som tidligere er gjort for oppgjørsordningen for H-reseptlegemidler. Regelverksendringene må ta høyde for at sykehusene får tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag uavhengig av om de betaler fristbruddleverandørene direkte eller via Helfo gjennom ev. endret oppgjørsløsning.

Oppgjørsløsning

Helsedirektoratet bes å utrede en oppgjørsløsning som kan gi bedre kontroll med betalingsstrømmene. Departementet viser til oppgjørsløsningen som brukes for H-reseptlegemidler og som tidligere ble brukt for

fritt behandlingsvalgordningen, samt direktoratets alternativ 2 i svar på TB 2023-77. Dette innebærer at Helfo som er avtalepart med de private, også har oppgjøret med de private. Videre at Helfo betaler til de private fristbruddleverandørene og at det er et påfølgende oppgjør mellom Helfo og RHF-ene.

Rapportering til NPR

Helsedirektoratet bes gi forslag til tiltak og eventuelle regelverksendringer for å sikre at fristbruddleverandørene rapporterer all aktivitet de utfører innenfor fristbruddordningen til NPR. Manglende rapportering medfører blant annet at de regionale helseforetakene ikke mottar ISF-refusjon for kostnader de må bære.

Overføring av kontraktsansvaret

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av St. meld 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan, bedt regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn får Helsedirektoratet i oppdrag å utrede løsninger der ansvaret for kontraktene som inngås med private aktører i fristbruddordningen overføres til de regionale helseforetakene. Direktoratet skal utrede fordeler og ulemper med slik overføring.

Samarbeid om oppdraget

Det legges til grunn at Helsedirektoratet involverer de regionale helseforetakene i arbeidet. FHI involveres vedrørende tiltak som berører kompleksitet i rapporteringen til NPR.

Frist: 15.10.2024

Ansvarlig avdeling i HOD: SHA

Fristen er endret slik at frist for besvarelse av oppdraget er 11.12.2024.

Forståelse og avgrensning av oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet om å vurdere forbedringer av fristbruddordningen. Målet er å få bedre kontroll over kostnadene og kvaliteten på tjenestene som gis når det oppstår fristbrudd. Som en del av dette skal det sikres at rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR) er korrekt, og at både staten og de regionale helseforetakene (RHF) har tilstrekkelig informasjon om grunnlaget for utbetalingene gjennom ordningen. Det er videre presisert at det er behov for å vurdere endringer som kan virke både på kort og noe lengre sikt.

Helsedirektoratet blir bedt om å foreslå endringer i lover og forskrifter der det er nødvendig, men dette skal ikke påvirke pasientenes rettigheter. Oppdraget bygger på en rapport levert av Helsedirektoratet (TTB2023-77), som viste flere svakheter i dagens fristbruddordning. Rapporten viste blant annet at det er mangelfull kontroll med kostnadene og kvaliteten på tjenestene, at fristbruddleverandører ikke rapporterer godt nok til NPR og at sykehusene har lite informasjon om hva de faktisk betaler for. I rapporten beskrev Helsedirektoratet mulighetene for å sikre en bedre kostnadskontroll for helseforetakene for oppgjør med fristbruddsleverandørene i tråd med helselovgivningen. Dagens oppgjørsordning innebærer at fristbruddleverandøren sender kravene direkte til det sykehuset som skal betale for helsehjelpen.

Helsedirektoratet la til grunn at dersom Helsedirektoratet (Helfo) skal stå for gjennomføringen av det økonomiske oppgjøret vil dette kreve regelverksendringer. Det ble videre foretatt overordnede juridiske vurderinger av handlingsrommet i to alternative oppgjørsløsninger, der alternativ 1 beskrev gjeldende rett og muligheten for at Helfo kunne behandle oppgjør etter en databehandleravtale, og alternativ 2 som tilsa

en bedre kontroll, men som forutsatte lov- og forskriftsendringer. I alternativ 2 ble det både pekt på behov for unntak fra taushetsplikten for at fristbruddsleverandørene skulle kunne utgi mer informasjon, og vurdert at Helfo ikke har et tilstrekkelig rettslig behandlingsgrunnlag for å motta og behandle personopplysninger i en oppgjørsløsning. Helsedirektoratet har gått videre i de rettslige vurderingene, og peker på hvilke regelverksendringer som må foretas i 5 ulike oppgjørsmønstre.

Oppdraget som skal besvares er delt inn i fem deloppdrag:

1. Bedre bruk av det handlingsrommet som finnes i dagens regelverk
2. Bedre tilgang til mer detaljert (spesifisert) betalingsinformasjon
3. Løsning for økonomisk oppgjør
4. Bedre rapportering til NPR
5. Overføring av kontraktsansvaret til RHF

Oppdraget ber om at Helsedirektoratet involverer de regionale helseforetakene og Folkehelseinstituttet i arbeidet. Direktoratet har gjennomført to møter med RHF-ene, og mottatt skriftlige innspill fra dem. I tillegg har det vært dialog med FHI om prissetting ved hjelp av DRG, og tilhørende oppgjørsløsninger, samt innrapportering til NPR. Videre har vi innhentet innspill fra Helfo om hvilke krav som stilles til leverandørene, hvordan leverandørene følges opp, og forslag til mulige forbedringer, uten at regelverket for ordningen må endres. De ulike innspillene er benyttet i direktoratets arbeid, men vurderingene i denne rapporten er Helsedirektoratets.

Helsedirektoratets leveranse på TTB2023-77 grunnlaget for dette oppdraget. Flere av de svakhetene ved fristbruddordningen som ble identifisert i forrige rapport, vil bli adressert direkte. Rapporten viste at fristbruddordningen i stor grad er basert på tillit, og at Helfo har svært begrenset handlingsrom innenfor dagens regelverk til å ivareta kontrollbehovet som nå ønskes vurdert. Helsedirektoratet konkluderte i 2023 med at Helfo har utnyttet det handlingsrommet med tanke på kontroll over pasientforløp og kostnader som eksisterende regelverk gir.

Dette betyr at det nåværende oppdraget nødvendigvis må fokusere på tiltak som kan utvide dette handlingsrommet. Disse tiltakene er av en mer omfattende karakter og vil primært kunne ha effekt på lengre sikt. Denne leveransen vil derfor i hovedsak konsentrere seg om større, og mer langsiktige tiltak.

Selv om mulighetene for å iverksette tiltak som gir økt kontroll over kostnader og tjenestekvalitet på kort sikt er begrenset, vil vi i leveransen peke på enkelte tiltak som kan innføres på kortere sikt.

Videre vil vi presisere at det ikke er gjennomført fullstendige analyser av økonomiske og administrative konsekvenser av tiltakene og endringsforslagene i denne rapporten. Dette skyldes at enkelte forslag, særlig de som omhandler prisfastsettelse og oppgjørsløsning, kan føre til endringer som vi ikke kan forutsi hvordan leverandørmarkedet vil respondere på. Den nåværende utformingen av fristbruddordningen gir heller ikke et tilstrekkelig sammenligningsgrunnlag for å vurdere de foreslåtte endringene fullt ut (dvs vi har ikke grunnlag for å vurdere hvordan de foreslåtte innretningene i denne rapporten påvirker kostnadene som påløpes). Den tiden som har vært tilgjengelig for å besvare oppdraget, har medført at vi ikke har kunnet prioritere dette.

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og Helsedirektoratet har delegert forvaltningen av fristbruddordningen til Helfo. Det er derfor gjennom denne delegasjonen Helfo er gitt all sin myndighet på forvaltningsområdet. Selv om Helsedirektoratet i denne rapporten i stor utstrekning omtaler Helfo, er det viktig å være bevisst at når vi skriver Helfo er dette i de fleste henseender dermed det samme som Helsedirektoratet.

NPR var tidligere en del av Helsedirektoratet, men ble med virkning fra 1.1.24 overført til Folkehelseinstituttet. Vi velger i det store og hele å benytte NPR og ikke FHI, da vi er av den oppfatning at dette forenkler forståelsen av roller og funksjon.

Deloppdrag 1: Bedre utnyttelse av handlingsrommet innenfor dagens regelverk

Deloppdrag 1:

Helsedirektoratet har i svar på TB 2023-77 oppgitt at det er få muligheter for utbedringer innenfor dagens regelverk. Direktoratet viser til enkelte forhold, som at ikke alle prosedyrer har en pris og at enkelte forhold ikke er regulert slik som en behandlingstime i psykisk helsevern. På kort sikt bes Helsedirektoratet vurdere og foreta ev. endringer i dagens ordninger for å utbedre denne typen forhold for å oppnå bedre kontroll med kostnadene og levert tjenesteinnhold. Helsedirektoratet bes blant annet vurdere en mekanisme for prisregulering slik at prosedyrer og tilsvarende som ikke er prissatt i avtalene i dag får dette, samt forutsetninger for en implementering. Som en del av oppdraget bes direktoratet om å ha dialog med RHF-ene og Sykehusinnkjøp HF for å vurdere om det er elementer i disse avtalene som er egnet for å utbedre avtalene med fristbruddleverandørene.

Bakgrunn og avgrensing

Fristbruddordningen har møtt mye kritikk for at det oppleves å være liten kontroll av den helsetjenesten som fristbruddleverandørene yter, og de økonomiske konsekvensene. Blant annet som en konsekvens av det utfordringsbildet som ble beskrevet i Helsedirektoratets rapport på oppdrag TB 2023-77 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å se på hvilke muligheter det er på kort sikt til å gjøre tiltak som kan:

- Gi bedre kontroll på levert tjenesteinnhold, og
- Gi bedre kostnadskontroll.

Mye av kritikken mot ordningen har gått på at sykehusene må betale den fakturaen de mottar fra fristbruddleverandøren, uten at de har hjemmel til å kunne gjøre nødvendige kontroller for å ta stiling til om kravet er riktig og rettmessig. Dette gjelder særlig for polikliniske tjenester innen psykisk helse. Kritikken er i mindre grad knyttet til de somatiske tjenestene, noe som må antas å skyldes at disse tjenestene er klarere avgrenset og pasientene i liten grad har lengre pasientforløp.

Sykehusene viser til at innen psykisk helse medfører høye enhetspriser, stort antall behandlinger og lange pasientforløp at ordningen får betydelige økonomiske konsekvenser for sykehusene og går ut over sykehusenes mulighet til å ivareta sitt sørge-for-ansvar. I tillegg bidrar også mangelfull rapportering fra fristbruddleverandørene til NPR til å forsterke de økonomiske konsekvensene for sykehusene, siden aktiviteten dermed ikke utløser ISF-refusjon.

Avtalene mellom Helfo og fristbruddleverandørene er resultatet av anskaffelser innen polikliniske tjenester for somatikk og psykisk helsevern. Disse avtalene er nesten identiske uavhengig av leverandør og tjenesteområde, og består av en rammeavtale med vedlegg. Rammeavtalen beskriver rettigheter og forpliktelser for både leverandøren og Helfo, mens vedleggene regulerer praktiske forhold og gir nødvendig og relevant informasjon herunder om priser og betalingsforpliktelser.

Avtalene regulerer i liten grad det nærmere innholdet i helsetjenesten, eller hvordan denne skal utføres. Men fristbruddleverandørene er forpliktet til å følge den generelle helselovgivning og normerende produkter som faglige retningslinjer og veiledere. Som Helsedirektoratet viser til i oppdraget fra 2023 setter

helselovgivningen klare grenser for hvilke muligheter Helfo har til å følge opp fristbruddleverandørene på forhold som innholdet i behandlingen eller lengden på behandlingsforløpet. Helfo vil ikke kunne gå inn på den helsehjelpen den konkrete pasienten har mottatt, og det vil derfor kun være mulig å følge opp leverandørene på et mer overordnet og generelt nivå. Helsedirektoratet vurderte at det måtte gjøres endringer i regelverket dersom Helfo skal kunne utøve en annen form for kontroll. Direktoratet fant ikke grunnlag for å si at Helfo ikke har utnyttet det handlingsrommet de har etter dagens regelverk.

I henhold til deloppdragets overskrift skal Helsedirektoratet se på mulighetene til å oppnå bedre utnyttelse av handlingsrommet innen rammene av dagens regelverk. Dette presiseres i oppdragsteksten til at på "kort sikt bes Helsedirektoratet vurdere og foreta ev. endringer i dagens ordninger for å oppnå bedre kontroll med kostnadene og levert tjenesteinnhold". Mange av de mulige endringene som Helsedirektoratets pekte på i svar på TTB 2023-77 vil kreve endringer i dagens avtaler og gjeldende regelverk. Dersom Helfo skal foreta økonomisk oppgjør og behandle personopplysninger for dette formålet, vil det blant annet være behov for å regulere dette i forskrift til pasient- og brukerrettighetsloven og pasientjournalloven. Det kreves også regelendringer dersom RHF-ene skal kunne utføre en mer omfattende kontroll av fakturaene fra fristbruddleverandørene enn hva det er mulighet for i dag, gitt at dagens oppgjørsløsning videreføres. Det vil av den grunn ikke være mulig på kort sikt å etablere en ny mekanisme for prisregulering, en ny oppgjørsløsning eller gjennomføring av regelverksendringer.

Helsedirektoratet har valgt å dele deloppdrag 1 i to deler.

I del 1 ([punkt 2.2.](#)) redegjør vi for tiltak som antas å kunne gjennomføres innen rammene av dagens avtaler og gjeldende regelverk, og som kan gi bedre kontroll på økonomien i ordningen og levert tjenesteinnhold. Tiltakene er foreslått av Helfo, og vil eventuelt kunne iverksettes på helt kort sikt.

I del 2 ([punkt 2.3.](#)) ser vi på mulighetene til å iverksette en ny metodikk for fastsettelse av priser og mulige regelendringer for å gi bedre kontroll med økonomien og bedret kontroll med levert tjenesteinnhold. Det vil være et lengre tidsperspektiv før dette vil kunne være innført.

Mulige tiltak som kan gjøres på kort sikt

Helfo har på oppfordring fra Helsedirektoratet gjort en vurdering av om det er tiltak som kan gjennomføres på kort sikt for å bedre kontrollen med tjenesteleveransen og økonomien. I det følgende gis en oppsummering av *mulige tiltak* som Helfo har skissert, og som direktoratet mener bør kunne vurderes innenfor rammene av gjeldende avtaler og lovgivning. Vurderingen fra Helfo er gjengitt her.

2.2.1 Rapportering til NPR

- Helfo vil kunne tydeliggjøre kravet om rapportering av aktivitetstall til NPR.
- Et forslag er å ha NPR med på oppstartsmøte med nye leverandører.
- Det er også viktig at leverandører med foreliggende avtaler følges opp av NPR ved eventuelle behov for veiledning og opplæring knyttet til rapporteringene.

2.2.2 Forbedring av krav som kan stilles til leverandørene

- Krav til leverandør om å systematisk følge opp behandlingsomfang og ressursbruk og sikre at pasienten avsluttes når behovet for nødvendig spesialisthelsetjeneste er opphørt.
- Tydeligere krav rettet mot «tilsvarende»; Leverandøren skal, innenfor de rammene som er satt i henvisningen, rettighetsvurderingen fra sykehuset og avtalen med Helfo, tilby helsehjelp tilsvarende det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet.
- Tydeligere krav til samarbeid; Leverandøren skal, for å ivareta pasientsikkerheten når enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester leverandøren ikke selv yter, etablere et samarbeid med sykehuset som har "sørge-for-ansvaret" i det relevante opptaksområdet. Tiltaket forutsetter også tilslutning fra sykehusene.
- Tydeligere krav til frister, både rundt svarfrist og når helsehjelpen skal ytes.

2.2.3 Forbedringer av bestemmelser i anskaffelsesdokumentene

Helfo ser på muligheten for å opparbeide nye og tydeligere prisbestemmelser. Helfo vil da se nærmere på bla konsultasjonspris og prosedyrepreis, og regler for hva man kan prise der helsehjelpen er en kombinasjon av både konsultasjon og en undersøkelse/prosedyre. Mange pasienter vil også kunne møte til flere undersøkelser, behandlinger eller kontroller. Flere RHF har avgrensinger i sine avtaler, som blant annet at pris for en operasjon innebærer konsultasjon i forkant, selve operasjonen/behandlingen, samt nødvendige kontroller/konsultasjoner i etterkant. Dette er noe Helfo vil se nærmere på.

Regulering av lange pasientløp ved å vise til "god praksis"

Helfo ser også på muligheter til å regulere betaling for lange pasientløp. Lange løp i kontraktsperioden er vanskelig å regulere utover de krav som stilles til at virksomheten skal følge lovgivningen, nasjonale føringer og retningslinjer. Siden det ikke finnes føringer som sier noe konkret om lengde, kan Helfo ikke fastsette dette. Derimot kan det ha en preventiv effekt å si noe om hva «god praksis» er, altså hvor lang behandlingsslengde innenfor ulike lidelser som er vanlig i det offentlige. Det krever imidlertid at Helfo får denne oversikten fra de ulike RHF-ene. Helfo har ikke undersøkt dette fullt ut enda, men ser på det som en mulighet til å si noe om en forventet lengde som skal tilsvare det offentlige, men uten at leverandørene binder seg til dette. Det ville også innebære at Helfo kan følge opp ekstra dersom enkelte leverandører har lange pasientløp, altså utover «god praksis», noe som kan virke preventivt.

2.2.4 Oppfølgingen av fristbruddleverandørene

Helfo har på bakgrunn av nylige endringer i Fristbruddportalen, fått mulighet til å følge opp leverandørenes svarfrister på en mer eksakt måte da purringer på svar fra leverandøren sendes ut automatisk til fastsatte tidspunkt. Data kan hentes ut til enhver tid fra Power BI.

Innen psykisk helsevern

Helfo kan be om «fakturasammendrag» på antall timer og beløp de har fakturert per behandlende personell. Dette kan innrapporteres på virksomhetsnivå, eller ut fra aktivitet per avtale, HF eller annen inndeling som gir den oversikten vi ønsker. Helfo mener dette kan gjøre det mulig å få sjekket at fristbruddleverandørene fakturerer avtalt beløp, og følge med på bruken/fordelingen mellom de ulike gruppene av personell

Innen somatikk

På et overordnet nivå kan vi be virksomhetene oppgi antall anvendte prosedyrekoder og beløp som de har fakturert for disse. De kan også oppgi antall konsultasjoner per fagområde og beløp som de har fakturert for disse. Helfo mener dette gjør det mulig å sjekke om det faktureres avtalt beløp.

Dette vil gi en bedre oversikt over økonomien i ordningen, men likevel ikke den kontrollen som etterlyses.

Andre forslag

Helfo har også beskrevet andre tiltak som på kort sikt ville kunne bidra til å oppnå bedre kontroll på levert tjenesteinnhold og kontroll på kostnader.

Disse forslagene til tiltak retter seg mot utfordringer som er erfart med dagens ordning. Eksempelvis kan pasienter ha en så alvorlig tilstand at de likevel ikke kan få et tilbud hos fristbruddleverandør. Andre pasienter trenger behandling som involverer ulike spesialiteter og utstrakt grad av samhandling med sykehus og kommunen, en tverrfaglighet som er vanskeligere for leverandørene å oppnå. Mer objektive kriterier for varighet av pasientforløp kunne også bidra til bedre kontroll.

Faglig sett er det gode grunner som taler for denne typen tiltak. De ville kunne gi Helfo noen av de samme mulighetene for oppfølging av leverandørene som helseforetakene har overfor private virksomheter som de har avtale med. Videre kunne sterkere oppfølging av samhandling mellom leverandørene og den offentlige helse- og omsorgstjenesten bidra til bedre kontroll med forløpene og tjenesteinnholdet. En mer treffsikker ordning kunne også bidra til at de "riktige" pasientene får hjelp i fristbruddordningen.

Når det gjelder tiltak knyttet til samarbeid mellom fristbruddleverandører og den offentlige helse- og omsorgstjenesten er det spørsmål om dette løses gjennom tiltak fra Helfos side. Tettere oppfølging av leverandørene vil ikke ha effekt dersom offentlig helsetjeneste ikke oppfyller sitt ansvar.

For andre tiltak som er beskrevet er det Helsedirektoratets vurdering at tiltakene ikke vil la seg gjennomføre uten endringer i innretningen av fristbruddordningen. Etter gjeldende rett gjelder fristbruddrettighetene for alle pasienter som er gitt frist i spesialisthelsetjenesten. Fristbruddleverandørene overtar ansvaret for pasientene og vurderer hvilken helsehjelp som er nødvendig for pasientene, og regelverket åpner ikke for at Helfo eller helseforetakene overprøver disse vurderingene. Helsedirektoratet mener denne typen tiltak forutsetter regelverksendringer og ikke vil kunne iverksettes på kortere sikt. De er dermed ikke nærmere omtalt i denne rapporten.

2.2.5 Oppsummering om mulige tiltak på kort sikt for å bedre kontrollen

Gjennomgangen viser til enkelte tiltak som kan gjennomføres på kort sikt for å bedre kontrollen med tjenesteleveransen og økonomien. Disse tiltakene handler primært om at Helfo følger opp fristbruddleverandørene tettere enn i dag, herunder forhold knyttet til rapportering (både til Helfo og til NPR).

Det er også vist til tiltak som handler om forbedring av kravspesifikasjon og kompetansekrav i kontraktsgrunnlaget til Helfos anskaffelser. Disse tiltakene vil ikke få effekt før nye avtaler er inngått.

For andre tiltak som er beskrevet, er det Helsedirektoratets vurdering at tiltakene ikke vil la seg gjennomføre uten endringer i innretningen av fristbruddordningen. Helsedirektoratet mener denne typen tiltak forutsetter regelverksendringer og ikke vil kunne iverksettes på kortere sikt.

Samlet sett er Helsedirektoratet av den oppfatning at tiltakene med størst effekt av hensyn til kontroll med kostnader og levert tjenesteinnhold medfører behov for regelverksendringer, og derfor at det er begrenset hvilke forbedringer som kan gjøres på kort sikt.

Ny metodikk for prissetting og kontroll av levert tjenesteinnhold

I denne delen av [deloppdrag 1](#) ser vi på mulighetene til å iverksette en ny metodikk for fastsettelse av priser og mulige regelendringer for å gi bedre kontroll med økonomien og bedret kontroll med levert tjenesteinnhold. Dette er tiltak over et lengre tidsperspektiv.

Fristbruddleverandørene fakturerer i dag helseforetakene direkte for den helsetjenesten som er utført. Helseforetakene har stilt seg kritisk til en innretning hvor de i svært liten grad kan kontrollere grunnlaget for den tilsendte fakturaen, og det er hevdet at de blant annet må betale for behandling som ikke er medisinsk nødvendig, og det er også fra enkelte helseforetak stilt spørsmål ved om behandlingen som det kreves betalt for har funnet sted. Dersom Helfo skal ivareta kontrollen av denne type forhold, vil det typisk være nødvendig med innhenting av, og gjennomgang av journaler. En hjemmel til å gjøre dette eksisterer ikke i dag.

Det er også stilt spørsmål ved hvordan Helfo i sine avtaler har satt prisen på helsetjenestene. Det er to sentrale forhold som peker seg ut:

- Innen somatikk er det fastsatt pris for de tjenestene som det har mest fristbrudd. Dette utgjør ca. 65 % av alle tjenestene. Øvrige tjenester er ikke gitt en konkret pris i avtalene, men det er formidlet fra Helfo at prisen skal settes til markedspris/gjengs pris. I praksis innebærer dette at det vil være opp til fristbruddleverandøren å sette prisen.
- Prisene innen psykisk helsevern definerer som eksempel ikke klart hva som er å anse som en behandlingstime eller hvordan gruppebehandling skal faktureres.

Innen somatikk bygger prissettingsmekanismen på at det er gitt en pris for hver enkelt konsultasjon/behandling/prosedyre. Prisdokumentet spesifiserer kun utvalgte prosedyrer som antas å ha stort volum, og utgjør en liten del av alle mulige prosedyrer og prosedyrekombinasjoner. Selv om avtalen lister opp enkelte prosedyrer deres priser, kan fristbruddleverandøren også utføre behandlinger og prosedyrer som ikke er prissatt. Avtalen begrenser ikke hvilke prosedyrer leverandøren kan utføre, så lenge de er innenfor de generelle fagområdene som er nevnt i avtalen. For behandling og prosedyrer som ikke er nevnt i prisdokumentet er det ingen avtalte priser, og Helfo har lagt grunn at det er opp til leverandørene å sette prisene. Helfo har kommunisert at fakturert pris skal være i samsvar med markedspris, men avtalen krever ikke at leverandøren informerer Helfo om hvordan prisene settes. Selv om avtalen hadde stilt slike krav, vil det likevel være vanskelig for Helfo å kvalitetssikre dette, og det er tvilsomt om Helfo har rettslig grunnlag for å sanksjonere om de fant prisen for høy.

For poliklinisk behandling innen psykisk helsevern er timepriser angitt i vedlegget. Timepris angis som behandlingstime med pasient, samarbeidsmøter, tverrfaglig samarbeid, observasjon skole/barnehage, journalskriving etc. Prisen varierer avhengig av behandlerens kompetanse. Som vist til i TTB2023-77, er det ingen detaljerte beskrivelser i rammeavtalen eller prisdokumentet om vilkårene for å kreve betaling. For eksempel sies det ikke noe om hva som kvalifiserer som en "behandlingstime", hva som må være innholdet i kontakten mellom behandler og pasient, eller varighet av denne kontakten. Et annet eksempel er at det ikke er nærmere regulert hvordan prisene skal settes ved gruppebehandling.

I praksis er prisfastsettelsen innen fristbruddordningen på sett og vis relativt fri. De spesifiserte prisene er et resultat av individuelle anskaffelser, mens det er få eller ingen føringer for prisfastsettelse for ikke-spesifiserte prosedyrer eller innholdet i de tjenestene som faktureres foretakene.

I oppdraget er Helsedirektoratet bedt om å vurdere tiltak som på kort sikt kan gi en bedre kontroll på kostnadene og en bedre kontroll på levert tjenesteinnhold. Direktoratet er også bedt om å vurdere om det kan være innholdselementer i avtalene som de regionale helseforetakene inngår med sine avtaleleverandører som kan gjenbrukes i Helfos avtaler på fristbruddområdet, både med tanke på prisingen av tjenester og kontroll med levert tjenesteinnhold.

Helsedirektoratet viser til at for at Helfo skal kunne gjøre en effektiv kontroll av rettmessigheten av et krav, vil det kreve regelendringer som gir Helfo et helt annet handlingsrom enn hva som er i dag. Tidsperspektivet for innføring vil dermed avhenge av nødvendige regelverksprosesser. Det er derfor etter direktoratets vurdering vanskelig på kort sikt å få en bedre kontroll på levert tjenesteinnhold.

Når det gjelder fastsettelse av priser har Helsedirektoratet vurdert mulige alternativer til hvordan prisene kan fastsettes i avtalene med fristbruddleverandørene.

Helfo har løpende avtaler med fristbruddleverandører både innen somatikk og PHV. Helfo er i prosess med utlysning av ny avtale innen PHV og vil i løpet av noen måneder også utlyse ny avtale innen somatikk. Det blir derfor viktig at Helfo så langt som mulig søker å ivareta eventuelle mulig regelendringer i disse avtalene. Det er også viktig at fastsettelsen av priser så langt som mulig ivaretas

I dette deloppdraget vil Helsedirektoratet redegjøre for følgende:

- Regulering av pris og tjenestekvalitet i de avtalene RHF har inngått med sine avtaleleverandører.
- Mulige regelendringer som kan bedre muligheten til kontroll på levert tjenesteinnhold.
- Nye mekanismer for fastsettelse av priser.

2.3.1 Regulering av pris og tjenestekvalitet i RHF sine avtaler

2.3.1.1 Innspill fra RHF-ene

Helsedirektoratet har bedt om innspill fra RHF-ene, på hvordan prisene for tjenestene fastsettes i de avtalene RHF inngår med private virksomheter. Videre er det bedt om innspill på hvordan tjenestekvaliteten sikres innen rammene av disse avtalene.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at eventuelle innspill fra Sykehusinnkjøp AS blir ivaretatt gjennom innspillene fra de regionale helseforetakene.

I tilbakemeldingen fra RHF-ene vises det til at det bør være mulig å øke antallet prosedyrer hvor det er inngått avtaler, f.eks. ved bruk av mini-avtaler blant utvalgte leverandører. I avtalene bør tjenestene defineres og det bør stilles krav til blant annet kvalitet, kompetanse og samhandling. RHF-ene viser til at det vil være vanskelig å få bedre avtaleoppfølging innen dagens regelverk. I sin tilbakemelding på dette deloppdraget, skriver RHF-ene følgende:

De regionale helseforetakene ser at det er begrenset hvilke muligheter Helfo har til å gjennomføre en mer omfattende kontroll og oppfølging av leverandørene. At Helfo formidler pasientbehandling også i de tilfeller der det ikke foreligger en avtale som regulerer kvalitet, volum og pris, er ikke i

samsvar med praksisen i de regionale helseforetakene. Slike direkteanskaffelser kan, i henhold til regelverk om offentlige anskaffelser, kun utføres i svært begrenset omfang.

De regionale helseforetakene har forståelse for at det vil kreves avtaler innenfor mange prosedyrer, spesielt innen somatikk, for å minimere bruken av direkteanskaffelser. De regionale helseforetakene er likevel av den oppfatning at det er gjennomførbart. Det kan f.eks. inngås rammeavtaler der det ved behov gjennomføres mini-konkurranse blant de utvalgte leverandørene.

For at pasientene skal få god pasientbehandling er de regionale helseforetakene av den oppfatning at det innenfor alle områder må gjennomføres en anbudskonkurranse der innholdet i tjenesten defineres samt at det stilles krav til blant annet kvalitet, kompetanse og samhandling med øvrige aktører. Det er vanskelig å se at Helfo kan gjennomføre betydelige endringer i dagens avtaler uten å gjennomføre en ny anskaffelse.

For å få en bedre avtaleoppfølging fra Helfo, må dagens formidlingsoppdrag utvides til også å omfatte kontroll og oppfølging av leverandørene. Etterkontrollvirksomheten i Helfo (Helfo Kontroll) er basert på en vurdering av risiko for alvorlig økonomisk misbruk eller bedrageri, samt økonomisk vesentlighet. De regionale helseforetakene er av den oppfatning at en slik kontrollvirksomhet ikke er tilstrekkelig, og at det vil gi en tilfeldig oppfølging av fristbruddleverandører. Det er også viktig å understreke at det ikke bare er det økonomiske forholdet som skal kontrolleres, men også at det leveres helsetjenester på spesialisthelsetjenestenivå.

Når det gjelder fastsettelse av priser i RHF-enes avtaler fremgår følgende av RHF-enes tilbakemelding:

I avtalene som de regionale helseforetak inngår med sine private leverandører, fastsettes pris gjennom en anbudskonkurranse. Tilbyderne konkurrerer på tildelingskriteriene kvalitet og pris, hvor tilbyder med samlet sett best score på disse kriteriene tildeles kontrakt innenfor en fastsatt økonomiske ramme.

Det er også kort beskrevet hvordan RHF-ene følger opp sine avtaleleverandører:

De private leverandørene følges opp gjennom faste oppfølgingsmøter samt gjennomgang av rapportert aktivitetsnivå gjennom året. Leverandørene binder seg til kravspesifikasjon og avtale ved kontraktsinngåelse.

Helsedirektoratet har i tillegg til ovengjengitte tilbakemelding fra RHF-ene også fått innsyn i ulike "sladdede" dokumenter, herunder eksempel på forespørsel om tilbud på kjøp av tjenester innen psykisk helsevern polikliniske tjenester voksne (anbudsutlysning), tilhørende prisskjema og avtaler med vedlegg, i tillegg til konkurransegrunnlaget for anskaffelse av koloskopiundersøkelser innen somatiske helsetjenester.

2.3.1.2 Helsedirektoratets vurdering av å bruke elementer i RHF sine avtaler

Helsedirektoratet har innen rammen av oppdraget ikke hatt anledning til å foreta en detaljert innholdsmessig sammenligning av de tilsendte dokumentene fra RHF-ene med tilsvarende dokumenter fra Helfos anskaffelser. Helsedirektoratet kan derfor ikke slå fast hvorvidt enkeltelementer fra RHF-enes avtaler kan anvendes i Helfos avtaler.

Dokumentene synes imidlertid å adressere de samme temaene. Det rent prosessuelle i anskaffelsene synes også være relativt like. Også når det gjelder pris, fastsettes disse innenfor begge ordningene på bakgrunn av konkurranser etablert innen rammene av anskaffelsesregelverket. Imidlertid ligger det en vesensforskjell i at RHF-ene i sine dokumenter foretar tydeligere avgrensninger i pasientforløpene og

tjenesteinnholdet. Innen psykisk helsevern er det for eksempel angitt et maksimalintervall for antall konsultasjoner over et maksimalt antall måneder for det enkelte pasientforløpet. Tid utover dette skal være faglig begrunnet og godkjennes av aktuelt HF. Innen somatikk er avtalen på sin side knyttet til en spesifisert tjeneste (i dette eksempelet koloskopiundersøkelse) med et spesifisert volum innenfor et begrenset tidsintervall.

Som det vises til i de tilsendte dokumentene fra RHF-ene, inngås avtalene med formål om å avhjelpe ventelister og bidra til å oppfylle det aktuelle RHF-ets sørge-for-ansvar. RHF-enes lovfestede frihet til å inngå avtaler for å ivareta sitt sørge-for-ansvar gjør at de kan være mer selektive med tanke på tjenester og omfanget av disse. Denne forutsetningen er ikke til stede på fristbruddområdet, hvor det vil måtte legges opp til avtaler som treffer alle typer behandling av et uvisst volum: Helfo er forpliktet etter lovens bestemmelser å sørge for å gi et subsidiært behandlingstilbud til alle pasienter som ikke får ivaretatt sin rett til helsehjelp innen frist, og Helfos avtalebehov er en effekt av hvordan RHF-ene ivaretar sitt sørge-for-ansvar.

En tilleggende forskjell mellom avtalene synes å ligge i muligheten til å følge opp avtalepartene. Siden RHF-enes avtaler kan begrenses både i forhold til tjenesteinnhold og pasientforløp, og fordi tjenestene som ytes innenfor rammen av disse avtalene utgjør en del av RHF-enes ordinære sørge-for-ansvar, vil RHF-ene kunne følge opp og evt. sanksjonere avtalepartene på helt andre måter enn Helfo kan innen fristbruddordningen. Innenfor fristbruddordningen er det som vist til tidligere ikke lagt til rette for å kontrollere eller sette rammer for tjenesteinnhold eller pasientforløp, og leverandøren vil innen rammen av disse avtalene ha langt større handlingsrom til å beslutte innholdet i og omfanget av helsehjelpen selv uten at dette kan føres kontroll med av Helfo. Kravene i den generelle helselovgivningen vil utgjøre rammene for hvordan fristbruddleverandøren skal yte helsehjelpen, og det er tilsynsmyndighetene som vil ha ansvaret for å vurdere forsvarligheten i dette.

Det ovennevnte innebærer blant annet, slik Helsedirektoratet forstår det, at RHF-enes avtaler blant annet kan ta høyde for andre innretninger av oppgjørene og informasjonsinnholdet i fakturaene som sendes enn hva som kan tilrettelegges for i Helfos avtaler. RHF-ene vil med andre ord ha et større handlingsrom mtp kontroll og sanksjonering. Helfo har motsetningsvis innen rammen av den samtidige fristbruddordningen ingen aktiv rolle i oppgjørene, og heller ingen anledning til å foreta kontroller.

Rent anskaffelsesmessig, innebærer det at RHF-ene har et annet handlingsrom mtp. å kunne legge begrensninger for pasientforløp og tjenester i sine avtaler også at vektingen av vurderingselementene blir noe forskjellig. Klart definerte og begrensede tjenester gjør det mulig å ha et klart fokus på priselementet, mens i avtaler der tjenesteinnhold og forløp ikke kan reguleres på samme vis vil priselementet være ett blant enda flere elementer.

Selv om Helsedirektoratet som nevnt innledningsvis ikke har hatt anledning til å foreta noen detaljert gjennomgang og sammenligning av avtaler og avtalegrunnlag fra Helfo og RHF-ene, er likevel det overordnede inntrykket at RHF-enes avtaler er innrettet på bakgrunn av et helt annet handlingsrom som gir større grad av frihet til å stille mer spesifiserte krav til leverandørene sine. Dette innebærer slik direktoratet ser det at de elementene som kunne hatt størst effekt med tanke på regulering av pris og tjenestekvalitet fra RHF-enes avtaler i mindre utstrekning har overføringsverdi til Helfos avtaler.

2.3.2 Mulighet for bedret kontroll med levert tjenestekvalitet og -omfang

En kritikk mot fristbruddordningen har vært at enkelte pasientforløp hos fristbruddleverandører varer lenger eller at behandlingen tilsynelatende er langt mer intensiv enn det sammenlignbare pasienter får tilbud om i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Innenfor rammene av dagens regelverk er det vanskelig å se hvordan man kan ha større kontroll med kvalitet på og omfang av tjenester levert av fristbruddleverandørene. Samtidig mener Helsedirektoratet og Helfo at det er grunn til å se nærmere på hvordan leverandører kan følges opp både med tanke på å sikre kvaliteten i helsetjenestene til fristbruddpasienter og riktig ressursbruk i ordningen. Helsedirektoratet har derfor valgt å gi en beskrivelse av hvordan innretningen og avgrensningen av fristbruddordningen begrenser dette handlingsrommet, samtidig som ordningen ikke nødvendigvis kommer alle pasienter til gode. Dette for å synliggjøre et behov for å se nærmere på om denne sentrale rettigheten bør innrammes på en annen måte.

2.3.2.1 Kan behandlingsforløpet hos fristbruddleverandør avgrenses?

Som det er redegjort for i tidligere rapport (punkt 5.2.1) ble spørsmål om muligheter for å avgrense pasientforløp i psykisk helsevern tatt opp med departementet i 2006, blant annet:

- Om det er noen grense for varighet av betalingsforpliktelsen etter et fristbrudd?
- Om det kan kreves at behandler evaluerer pasienten med jevne mellomrom og underretter fristbruddinstitusjonen?
- Om det kan kreves at både behandler og fristbruddinstitusjonen setter prognoser for behandlingsforløpet og sammenligner?
- Om formidlerens (Helfos) rolle.

I fristbruddordningen blir sørge for-ansvaret værende hos RHF-ene som skal finansiere helsehjelpen, mens ansvaret for at pasienten får forsvarlig helsehjelp ligger hos fristbruddleverandøren. Det er behandler som avgjør når pasienten er ferdigbehandlet og forløpet avsluttes. Helfos rolle er begrenset til å skaffe et tilbud til pasienter der det er kommet melding om fristbrudd.

I Prop. 118 L (2012-2013) er innholdet i rettigheten beskrevet slik (punkt 7.2): *"Når den behandlingsfristen som spesialisthelsetjenesten har satt, omfatter både diagnostikk og eventuelt forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, vil pasienten i tilfelle fristbrudd, ha krav på at HELFO skaffer helsehjelp som omfatter både diagnostikk og forebyggende, kurativ, helsebevarende eller rehabiliterende behandling, gitt at den diagnostiske utredningen viser at disse formene for helsehjelp er nødvendig."*

Det er dermed ikke lagt opp til en mekanisme, eller hjemmel, for at RHF-ene kan kreve å få "hente tilbake" pasienter som har startet et behandlingsforløp hos en fristbruddleverandør eller for andre måter å avgrense forløpene på.

Som direktoratet redegjorde for i tidligere rapport er fristbruddordningen sannsynligvis underforbrukt, ved at bare ca. 1/3 av fristbruddene varsles til Helfo og Helfo heller ikke kommer i kontakt med alle pasienter de får varsel om.

Dersom man skal beholde fristbruddordningen er det derfor grunn til å se nærmere på innretningen for å sikre at den er bærekraftig og kan tåle en situasjon der de fleste fristbrudd varsles. Spørsmålene fra 2006 reflekterer tiltak som kunne bidratt til bedre kostnadskontroll og antakelig også bedre bærekraft i ordningen. Når pasientenes rett til behandling i fristbruddordningen gjelder fram til behovet for helsehjelp er oppfylt, har det også andre konsekvenser. Nedenfor nevner vi noen dilemmaer knyttet til ordningen. Deretter drøfter vi mulige mekanismer for å avgrense tjenestene. Vi vurderer også om dette lar seg gjøre innenfor gjeldende rett.

2.3.2.2 Dilemmaer

Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å sikre befolkningen "lik tilgang på tjenester" av god kvalitet, jf. § 1-1.

- Ett virkemiddel for å sikre befolkningen lik tilgang, er prioriteringskriteriene som er nedfelt i lovens § 2-2 og som innebærer at pasienter har rett til helsetjenester *"når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen."*

Dersom det er slik at fristbruddordningen medfører at enkeltpasienter som følge av et fristbrudd får et mer omfattende tilbud enn andre pasienter, vil ressursbruken øke. Tilgangen på helsetjenester blir ikke lik for alle, samtidig som det blir færre ressurser å fordele på de andre pasientene. Selv om fristbruddordningen er ment å styrke pasientene i møte med spesialisthelsetjenesten, kan en "for sterk" rettighet i ytterste konsekvens føre til både ulikhet i tilgang til helsehjelp og til et samlet sett dårligere tilbud. Vi har begrenset samlet kapasitet i helsetjenesten, også i private virksomheter som behandler pasienter på vegne av det offentlige. Med økende antall fristbrudd vil heller ikke fristbruddleverandørene på områder med lange pasientforløp nødvendigvis ha kapasitet til å ta inn nye pasienter.

- Det er antatt at enkelte pasienter som opplever fristbrudd og får helsehjelp fra en privat tjenesteyter kan komme bedre ut enn pasienter som får et tilbud i det offentlige, ved at de f.eks får flere konsultasjoner hos psykolog, eventuelt oppfølging over lenger tid. For den enkelte pasient kan det være avgjørende med forutberegnelighet og kontinuitet i behandlingen, både med hensyn til metodikk og behandler. Det er større sannsynlighet for at pasienter opplever dette hos fristbruddleverandører enn i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Pasienter som får tjenester fra en fristbruddleverandør skal ikke få et dårligere tilbud enn pasienter som får tilbud gjennom det offentlige, men kan det forsvares ressursmessig at de får et kvalitetsmessig bedre tilbud? På den andre siden har behandler ansvaret for at pasientene får forsvarlig helsehjelp.
- Slik ordningen er innrettet kommer det også opp andre spørsmål, for eksempel om når en pasient er ferdigbehandlet. Eksempelvis et par som er henvist for utredning av barnløshet opplever fristbrudd og blir utredet hos en fristbruddleverandør – skal de få tilbud om assistert befruktning og oppfølging i det private frem til de har fått et barn? Når pasienter skal ferdigbehandles hos fristbruddleverandørene blir det også spørsmål om retten til helsehjelp fra fristbruddleverandør fortsetter å gjelde også etter at leverandørens rammeavtale med Helfo har opphørt, om disse pasientene skal henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjenesten eller om forløpet videreføres hos ny fristbruddleverandør.
- Samtidig som noen pasienter som opplever fristbrudd kan sies å få et bedre tilbud som følge av fristbruddet, er det andre pasientgrupper som i realiteten ikke har fristbruddrettigheter fordi det ikke finnes fristbruddleverandører som har et tilbud. Det er heller ikke nødvendigvis alle tilstander som er omfattet av Helfos avtaler. Det er også spilt inn at pasienter vurderes hos fristbruddleverandør, men så henvises tilbake til offentlig spesialisthelsetjeneste fordi tilstanden er for kompleks eller for alvorlig til at leverandøren kan gi et forsvarlig tilbud. Noen pasienter eller pasientgrupper faller dermed helt utenfor fristbruddordningen, og det er spesielt alvorlig dersom det rammer pasientene med alvorlige tilstander og kort frist som i utgangspunktet er høyt prioritert.

Det er spørsmål om rettigheten kan avgrenses noe/innrammes på en annen måte, uten at pasientene samtidig fratas den grunnleggende retten til å få nødvendig og forsvarlig helsehjelp. På samme måte er det spørsmål om det kan legges føringer for behandlingen uten at behandler mister mulighet for å ivareta sitt ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp til den enkelte pasient.

2.3.2.3 Mulige mekanismer for å avgrense

Helsedirektoratet har forståelse for at helseforetakene opplever det økonomisk krevende at fristbruddleverandørene har pasienter som går i lange pasientforløp, og stiller spørsmål ved om dette er

nødvendig og riktig ressursbruk. Dagens innretning av regelverket innebærer at fristbruddleverandøren overtar hele det videre behandlingsansvaret, og det skjer ingen tilbakeføring til helseforetaket.

Fristbruddrettigheten skal sikre at pasientene får et tilbud om spesialisthelsetjeneste innen forsvarlig tid. Dersom rettigheten skal avgrenses på noen måte bør eventuelle tiltak rette seg mot forløp som trekker ut i tid. Dette bygger på en antakelse om at det viktigste for pasientene er at helsehjelp blir påbegynt innen forsvarlig tid. Resten av forløpet skal også være medisinskfaglig forsvarlig.

Fristbruddrettighetene har utgangspunkt i en foreløpig vurdering som spesialisthelsetjenesten gjør basert på en henvisning. Henvisningen gir vanligvis ikke grunnlag for å konkludere med hensyn til omfang av tjenesten pasienten skal få. Å avgrense innhold/varighet av helsehjelpen i forbindelse med rettighetsvurdering av hver enkelt henvisning/pasient fremstår derfor som uaktuelt, så lenge man ikke endrer det grunnleggende systemet.

Det er spørsmål om forløpene kan avgrenses på annen måte.

- **"Rett" for helseforetaket til å hente pasienten tilbake**

Dersom en pasient får helsehjelp hos en fristbruddleverandør, kan ikke helseforetaket hente pasienten tilbake uten at pasienten ønsker dette. Samtidig fremgår det av prioriteringsforskriften at pasienter ikke fritt kan velge tjenesteyter når Helfo skaffer et tilbud. Helseforetaket kan tilby pasienten å bytte behandlingssted, men ikke pålegge dette. En "rett" for helseforetaket til å hente pasienten tilbake når det har ledig kapasitet, ville gjøre ordningen mer uforutsigbar både for behandler og for pasient.

- **Avgrense varighet av forløpene**

Man kan se for seg at varigheten av pasientforløp avgrenses gjennom at fristbruddleverandørens tilbud ikke kan vare lenger enn en angitt tidsperiode. Det kunne settes en felles grense i alle rammeavtalene, eller variere mellom områdene. Etter perioden henvises pasienten tilbake til offentlig spesialisthelsetjeneste – til helseforetaket som opprinnelig brøt fristen, eller til et annet hvis pasienten har rett til å velge behandlingssted. Dette ville medføre at pasientenes valgfrihet begrenses noe, og til at den som yter helsehjelpen ville måtte avslutte behandlingen tidligere enn det pasientens behov tilsier. For pasientene ville det bli mer usikkerhet om forløpet ville bli fullført hos fristbruddleverandøren og informasjon til pasientene om ordningen ville bli noe mer komplisert. En slik ordning ville også forutsette at enheten pasienten henvises til kan overta ansvaret for helsehjelpen innen forsvarlig tid.

- **Dialog med helseforetaket**

Man kan se for seg at varighet av pasientforløp kontrolleres med helseforetaket der fristbruddet skjedde. På områder der det er nasjonale pasientforløp kunne det for eksempel være aktuelt å pålegge leverandørene å koble inn helseforetaket på ett eller flere av trinnene i forløpet. Hvis dette hadde blitt gjort i kombinasjon med at den totale varigheten av forløpet var begrenset jf. over, kunne kontakten bidratt til samhandling og forberedelser til at pasienten tilbakeføres til helseforetaket. Pasienten kunne fortsette hos fristbruddleverandøren hvis helseforetaket ikke hadde kapasitet til å ta over etter tidsperiodens utløp, eller det var enighet med behandler om at forløpet burde videreføres hos fristbruddleverandøren.

- **Avgrense innhold i forløpene**

Det kunne tenkes at Helfo f.eks. inngikk avtaler som dekker deler av pasientforløpet eller et gitt antall konsultasjoner, slik at pasienten henvises tilbake til helseforetaket for videre oppfølging når

den konkrete helsehjelpen er gitt. Hvis man ser dette i sammenheng med de nasjonale forløpene kunne avtalene dekke deler av forløpene og henvises tilbake til helseforetaket når pasienten har fullført den aktuelle delen av forløpet. Det ville i så fall være behov for å sikre at pasientene ikke står uten et behandlingstilbud når fristbruddleverandøren har gitt behandling så langt som kontrakten tillater. Dette vil stille krav til et det etableres en dialog mellom fristbruddleverandøren og helseforetaket, og at helseforetaket er i stand til å overta ansvaret for pasienten og yte helsehjelpen pasienten har krav på til rett tid. Ettersom pasientene etter gjeldende rett ikke har fristbruddrettigheter senere i et forløp vil det være en risiko for at pasientene må vente uforholdsmessig lenge. Det tilsier at rammeavtalene i så fall ikke burde avskjære fristbruddleverandøren fra å videreføre behandlingen fram til helseforetaket kan ta over.

2.3.2.4 Konsekvenser for de ulike aktørene

Endringer med hensyn til varighet av forløp hos fristbruddleverandørene ville innebære at det skapes overganger i pasientforløp som medfører at samarbeid mellom leverandør og helseforetak eller den virksomhet som skal overta ansvaret for pasienten blir nødvendig. Fristbruddleverandørens ansvar for å tilby forsvarlig helsehjelp ville videreføres, men det ville settes rammer for omfanget av helsehjelpen. Avhengig av hvordan ordningen innrettes ville helseforetaket, Helfo eller begge få større muligheter til kontroll.

Regelverket kunne f.eks. gi Helfo mulighet til å kontrollere ulike forhold før utbetaling, f.eks. om varighet av behandlingen, om den har gått over visse "terskelverdier" fastsatt i regelverk eller rammeavtaler, som antall konsultasjoner eller at behandlingen skjer ut over en satt tidsgrense.

Det måtte i så fall vurderes om involvering av helseforetakene i pasientforløpene burde innrettes som en kontroll av innholdet i tjenestene som leverandøren yter, eller av helsehjelpen til den enkelte pasient. Tilsvarende ville det måtte vurderes om det er Helfo som del av sin kontrollfunksjon som skulle eller burde gis hjemmel til å vurdere medisinskfaglige sider av den helsehjelpen fristbruddleverandørene yter.

2.3.2.5 Behov for regelverksendringer

Uavhengig av hvilken måte man eventuelt velger å avgrense omfanget av helsehjelp på, ville pasientenes rettigheter begrenses sammenlignet med det som er beskrevet i pasient- og brukerrettighetslovens forarbeider og fortolkninger/avklaringer fra departementet jf. over. Begrensning av pasientforløp hos fristbruddleverandør ville også få konsekvenser for leverandørene og for den offentlige spesialisthelsetjenesten, og lovendring ville etter vår vurdering være nødvendig.

Fristbruddrettigheten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b: *"Dersom det regionale helseforetaket ikke sørger for at pasienten får helsehjelpen påbegynt innen den fastsatte tidsfristen etter § 2-2 a, har pasienten rett til å få den påbegynt uten opphold, om nødvendig hos en privat tjenesteyter."* Tidligere bestemmelse om fristbruddrettigheter, § 2-2 b fjerde ledd hadde følgende ordlyd: *"Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får den nødvendige helsehjelpen innen tidspunkt fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter."*

Ordlyden ble i 2024 endret fra *"får den nødvendige helsehjelpen"* til *"får helsehjelpen påbegynt"*. Ordlyden kan dermed leses som at rettigheten knytter seg til oppstarten, og at eneste begrensning i muligheten til at helseforetaket "henter tilbake" pasienten senere i forløpet er at det er forsvarlig. Det fremgår imidlertid av merknaden til lovendringen at regulering i den nye bestemmelsen ikke medfører noen materielle endringer. Det taler for pasientene etter gjeldende rett har rett til å få påbegynt *og fullført* helsehjelpen hos fristbruddleverandøren. Selv om ordlyden i § 2-2 b nå kan åpne for at rettigheten ikke omfatter hele forløpet, legger vi til grunn at en slik endret fortolkning må behandles av Stortinget.

Innretning av eventuelle bestemmelser ville være avhengig av formålet med bestemmelsen og rollene til helseforetak og Helfo. Det ville ikke være hensiktsmessig at begrensningene konkretiseres i loven, og det burde i så fall gjøres i forskrift. Forskriften burde avklare hvilke roller de ulike aktørene skal ha. I tillegg måtte forholdet til taushetsplikten vurderes.

Bedret kostnadskontroll – ny mekanisme for fastsettelse av priser

Dagens ordning har fått mye kritikk for at det er svært lite tilgjengelig informasjon om hvordan prisfastsettelsen skjer i dag. En ny prisfastsettingsmekanisme bør derfor i størst mulig grad være offentlig tilgjengelig, forståelig og forutsigbar. Selv om de konkrete prisene som er satt gjennom anbudskonkurransen vil være å anse for taushetsbelagt informasjon, er det viktig at mekanismene for hvordan prisene settes underbygger en slik målsetting. Dette vil også kunne redusere risikoen for feil anvendelse blant leverandører, for betalende instans sine kontrollmuligheter, og av hensyn til behovet for økt kunnskap om innholdet i ordningen generelt.

Dette betyr at:

- Flere tjenester bør få faste priser, og/eller
- Det bør lages klare regler for prising av tjenester som ikke er prissatt i avtalen
- Det må bli tydeligere hva som er inkludert i tjenestene man betaler for

Videre bør prisene og prissettingsmekanismene utformes slik at det er mulig å kontrollere faktureringen.

Helfo inngår avtaler med private leverandører om å levere spesialisthelsetjenester i tråd med regelverket om offentlige anskaffelser. Helfo har i dag inngått avtaler innen somatiske tjenester og poliklinisk behandling innen psykisk helsevern. Fristbruddpasienter innen tjenesteområder som ikke omfattes av Helfos avtaler, vil ikke kunne formidles av Helfo. Helfos anskaffelsesrutiner tar utgangspunkt i DFØs standard prosessmodell for gjennomføring av en offentlig anskaffelse, og er beskrevet i Helsedirektoratets leveranse på TTB2023-77.

Anskaffelsesprosessen sikter mot å etablere en situasjon der ulike aktører konkurrerer om å tilby tjenester i tråd med vilkårene og kravene i anbudsutlysningen. Kostnader utgjør et av flere momenter det vil konkurreres på. I et relativt uregulert prisfastsettingsregime, vil det være en risiko for at konkurransen om kostnader utspiller seg på forholdsvis høyt kostnadsnivå. Dersom det innføres et mer regulert prisfastsettingsregime og kostnadsrammen påvirkes, vil det følgelig være en økt risiko for at potensielle leverandører avstår fra å delta i konkurransene Helfo utlyser. Flere av Helfos fristbruddleverandører har også egne avtaler med RHF-ene, noe som innebærer at Helfo til en viss utstrekning også står i konkurranse med RHF-ene om å inngå avtaler med de samme leverandørene. Endrede rammer for prising av tjenester (mindre lukrative fristbruddavtaler) vil følgelig kunne påvirke konkurransen.

Endringer i rammebetingelsene for prisfastsettelse, særlig i retning av mindre lukrative fristbruddavtaler, kan ha konsekvenser for:

- Konkurransesituasjonen i markedet for private helsetjenester
- Helfos evne til å sikre tilstrekkelig leverandørkapasitet
- Den overordnede målsettingen om å ivareta pasienters rettigheter ved fristbrudd.

Det anbefales at eventuelle endringer i prisfastsettingsregimet vurderes nøye med hensyn til potensielle juridiske og markedsmessige konsekvenser.

Det vises til at et nytt prisfastsettingsregime må avtales. Dette innebærer at nye mekanismer for prisfastsettelse først må innlemmes som del av et konkurransegrunnlag i nye anbudsutlysninger, før nye avtaler etter hvert inngås. Det forutsettes med andre ord at en ny måte å fastsette prisene på ikke kan gjøres gjeldende for dagens avtaler. Når nye mekanismer for prisfastsettelse kan iverksettes vil derfor avhenge av varigheten av de gjeldende avtalene.

Innen PHV er gjeldende avtaler forlenget fremt til mars 2025, og Helfo planlegger derfor å gjennomføre ny konkurranse i løpet av 2024 slik at nye avtaler kan være på plass når dagens avtaler utløper. Helfo mener det uansett vil være mulighet for ytterligere forlengelse om det skulle bli nødvendig.

Helfo har ikke påstartet noen prosess innen somatikk, da det forventes en nærmere avklaring rundt blant annet prisfastsettelse og oppgjørsløsning. Men ettersom avtalene innen somatikk maksimalt kan forlenges frem til oktober 2026 så er dette en anskaffelse som Helfo vurderer bør kunngjøres høsten 2025.

I [vedlegg 1](#) er tabell over hvilke avtaler som er gjeldende, og tidspunktet for oppstart og varighet av disse avtalene.

Metoder for prisfastsettelse

Helsedirektoratet har sett på to ulike metoder for å fastsette prisene.

- Metode 1: Metoden bygger på dagens prisfastsettelse, men flere prosedyrer enn i dag gis en fastsatt pris.
- Metode 2: Dette er en DRG-basert prissettingsmekanisme.

Helsedirektoratet har ikke identifisert andre metoder som kan anses for å være aktuelle.

2.5.1 Metode 1: Avtalte priser på et større omfang av prosedyrekoder

Helfo har gitt en beskrivelse av hvordan de ser for seg at en slik prismodell kan være. Denne beskrivelsen gjengis her.

2.5.1.1 Helfos vurdering

Dagens avtaler fastsetter priser basert på to elementer, avtalt konsultasjonspris per fagområde (27 fagområder) og avtalt pris på utvalgte prosedyrekoder (totalt 30 koder).

Modell 1 tar utgangspunkt i at det vil kunne avtales priser i fremtidige konkurranser på et langt større omfang av prosedyrekoder enn det vi har i dagens avtaler. Ved å avtale priser på ytterligere 70 av de mest brukte prosedyrekodene (totalt 100), vil dette medføre at 85 % av aktivitet med prosedyrekoder er prissatt [1], mot 64 % i 2023. Konsultasjonene er allerede prissatt. Med tilsvarende fordeling mellom prissatte konsultasjoner og aktivitet med prosedyrekoder så vil man kunne anta at nærmere 95 % av aktiviteten hos fristbruddleverandørene vil bli prissatt i avtalene, mot 85 % i 2023. Andelene er beregnet ut fra hva fristbruddleverandørene har innrapportert til NPR.

Helfo har i tidligere konkurranser funnet det hensiktsmessig å benytte prosedyrekoder. Både fordi det er prosedyrekodene Helfo har mest kunnskap om, og fordi prosedyrekodene er forenlig med NPR-rapportering. I tillegg benyttes prosedyrekoder av RHF-ene i deres konkurranser. Helfo er likevel

åpne for at prising etter en DRG-modell vil kunne være aktuelt, og herunder at en DRG-modell kan ha sine fordeler i en eventuell oppgjørsløsning. Det er imidlertid viktig å understreke at det er to perspektiver å hensynta i denne sammenheng; anskaffesperspektivet og hensynet til utarbeidelse av en oppgjørsløsning. Helfo står nærmest, og vil først og fremst vurdere dette inn mot anskaffelsene og hva som vil være formålstjenlig i våre konkurranser. Helsedirektoratet på sin side står nærmest utarbeidelse av en oppgjørsordning. Her må man altså ha to tanker i hodet samtidig og disse må forenes for at målet skal kunne nås.

Helfo har over tid jobbet med å avklare hvordan det er mulig å kartlegge behov og omfang av helsehjelp til fristbruddpasientene i forkant av en konkurranse. Som kjent er dette en krevende oppgave da det er mye usikkerhet knyttet til både **hvor** fristbrudd oppstår og **hvilken** helsehjelp fristbruddpasientene er i behov av. Helfo har for eksempel de siste par årene jobbet med å skaffe seg en nasjonal oversikt innen somatikk ved å blant annet innhente historiske tall fra NPR på hva fristbruddpasientene har fått av helsehjelp, informasjon fra leverandørene på prosedyrekodenivå, hvor det er rapportert fristbrudd fra basert på tall fra NPR, informasjon via fristbruddnettverket osv. Dette for å få en bedre oversikt og planlegge for ny anskaffelse. Likevel er det svært vanskelig å spå i fremtiden hva gjelder fristbruddpasientenes behov. Av disse årsaker ønsker Helfo nå å kartlegge dette fra motsatt side. Helfo vet at det som tilbys i det private markedet er svært begrenset sammenlignet med tilbudet i den offentlige spesialisthelsetjenesten. En viktig årsak til dette er at de private i liten grad har postoperative avdelinger med tilhørende intensivenhet samt akuttberedskap. Enkelt sagt ønsker Helfo derfor å anskaffe det som finnes i det private markedet slik at vi i størst mulig grad har dette tilbudet tilgjengelig for fristbruddpasientene.

Ved å kjøpe det som til enhver tid finnes tilgjengelig i det private markedet vet Helfo at de anskaffer det som er mulig å anskaffe for fristbruddordningen. De kan selvfølgelig oppleve at det i avtaleperioden tilkommer nye tjenester i markedet eller hos leverandører som de ikke har avtale på, men som vil kunne være ønskelig å ha i ordningen. Disse tjenestene vil Helfo da juridisk legge til rette for at kan innlemmes i avtalene. Dette vil la seg gjøre med mindre endringen medfører en «vesentlig endring» jfr. anskaffelsesforskriftens kapittel 28.

Ved en slik måte å fastsette prisene på er det også viktig at det sees nærmere på hvilke regler som gjelder for prisingen av konsultasjon/prosedyrer, blant annet:

- prising ved repetisjon eller
- prising ved bruk av hjelpepersonell,
- Kan leverandør ta både konsultasjonspris og prosedyrepris når dette gjøres i en og samme "time".
- En pasient vil kunne møte til flere undersøkelser, behandlinger eller kontroller. Kan dette begrenses og hvordan skal dette prises. Hva er riktig pris for etterkontroller. Flere RHF har avgrensinger i sine avtaler, som blant annet at pris for en operasjon innebefatter konsultasjon i forkant, selve operasjonen/behandlingen, samt nødvendige kontroller/konsultasjoner i etterkant.

2.5.1.1.1 Hva om det ytes helsehjelp som ikke har avtalt pris

Det vil ikke være mulig å ha avtalte priser for absolutt alle prosedyrer, da stadig nye koder legges til. Utvikling av innrapporterte prosedyrekoder fra NPR viser dette, bla innen kirurgiske koder (NCSP):

Utvikling	1.tertia 2023	2.tertia 2023	3.tertia 2023	1.tertia 2024
Koder NCSP (kirurgisk)	248	+68 nye	+85 nye	+46 nye
Totalt	248	316	401	447

Helfo vil derfor aldri kunne sikre avtalte priser på alle prosedyrekoder for en fristbruddpasient [2]. Dette innebærer at pasienter vil kunne ha behov for helsehjelp som faller utenfor det forhåndsdefinerte prisregimet.

Helfo formidler pasienter til leverandører uten å spesifisere nøyaktig hvilken behandling som trengs. Leverandøren vurderer selv pasientens behov basert på henvisningen.

Utfordringer kan oppstå når leverandøren oppdager at pasienten trenger en behandling som ikke har avtalt pris. Helfo antar dette kun vil gjelde et mindre antall pasienter, men kan omfatte de dyreste behandlingene. Det er nødvendig å avklare hvordan disse tilfellene skal håndteres og hvordan prosedyrene eventuelt kan prissettes.

Mulige løsninger kan være at:

- leverandøren stopper videre helsehjelp. Dette vil i så fall innebære at pasienten må tilbakeføres til sykehuset.
- Leverandøren går i dialog med Helfo og få avtalt pris før helsehjelpen fortsetter. Dette vil ta tid og pasienten må vente ytterligere på helsehjelpen.
- Det gjennomføres mini-konkurranser blant de leverandører som har avtaler innen aktuelt fagområde. Dette vil utsette helsehjelpen.
- Det kan kontraktsfestes ved at man priser prosedyrene tilsvarende sammenlignbare prosedyrer
- Det kan i avtalen reguleres at aktiviteten prises i etterkant av helsehjelpen:
 - Det er opp til leverandøren selv å sette prisen
 - Helfo kan gi visse føringer for hvordan prisen skal settes.
 - Man kan se hvilken DRG-kode som aktiviteten gir, og prisene kan settes med utgangspunkt i DRG og en avtalt prosent [3].

2.5.2 Metode 2: DRG-basert prissettingsmekanisme

Som et alternativ til en prissettingsmekanisme basert på avtalte prosedyrekoder, har Helsedirektoratet sett på muligheten for å utvikle en mekanisme basert på DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper).

Metoden bygger på at det allerede finnes en metode i den offentlige spesialisthelsetjenesten for å beregne kostnader ved pasientbehandling, som bruker DRG-systemet. Dette systemet brukes som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering (ISF). Kostnadsberegningene gjøres for somatisk spesialisthelsetjeneste (både innleggelser, poliklinisk utredning og behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling), og for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Modell 1 foreslår at dette systemet også kan brukes som grunnlag for å fastsette priser for de spesialisthelsetjenestene som fristbruddleverandørene leverer.

2.5.2.1 Kort om DRG-systemet og kostnadsberegning.

DRG-systemet er et klassifiseringssystem som brukes i spesialisthelsetjenesten for å gruppere behandlinger som pasienter får. Gruppene skal være medisinsk logiske og ha omtrent like kostnader, og være kostnadmessig homogene. Det finnes rundt 1000 ulike grupper i systemet i dag, og det brukes hovedsakelig for styring og finansiering av sykehusene.

- **Klassifisering (diagnoserelaterte grupper):** Hver pasient får tildelt en DRG-gruppe basert på informasjon som diagnose, prosedyrer og alder, samt hvor lenge de er på sykehuset (poliklinikk eller innleggelse). Dette skjer automatisk etter et sett regler.

- **Kostnadsvekter:** Hver DRG har en kostnadsvekt som viser hvor mye ressurser gjennomsnittspasienten i den gruppen forbruker, sammenlignet med gjennomsnittspasienten i andre grupper. Kostnadene beregnes på pasientnivå av alle helseforetak, og inkluderer alle kostnader til pasientbehandling, inkludert tildelte beredskaps- og felleskostnader.
- **ISF-refusjon:** DRG-poeng brukes til å beregne hvor mye sykehusene skal få i refusjon. Dette gjøres ved å gange antall DRG-poeng med en nasjonal fastsatt enhetspris og refusjonsandel. For somatisk behandling er enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2024 satt til 52.248 kroner, der 40 % dekkes gjennom ISF (Innsatsstyrt finansiering) og resten gjennom rammebevilgning. For psykisk helsevern og rusbehandling er enhetsprisen 3.675 kroner, som dekker omtrent 25 % av kostnadene. Enhetspris og refusjonsandel fastsettes årlig som en del av statsbudsjettet.

DRG-kostnader representerer et gjennomsnitt på sykehusnivå, og anvendes ikke på enkelttilfeller i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Men denne metodikken kan likevel brukes i enkelttilfeller innen fristbruddordningen. Metodikken anvendes for ordens skyld på individnivå når det beregnes refusjon for spesialisthelsetjenester mottatt i andre EØS-land etter folketrygdløven § 5-24a.

Eksempel på beregning innen somatikk:

Refusjonen for **DRG 153 Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk** beregnes ut fra antall DRG-poeng som grunnen tilsvarer, og den nasjonale enhetsprisen per DRG-poeng.

For 2024 er enhetsprisen for DRG-poeng i somatikken satt til 52.284 kr. Hver DRG har en bestemt kostnadsvekt som er beregnet med utgangspunkt i innrapportert kostnadsnivå på sykehusene. Kostnadsvekten representerer da den beregnede totalkostnaden.

Kostnadsvekten for **DRG 153 er 1,917 (tilsvarer 100 160 kr)**. Refusjonsandel er **40 %**.

Refusjonen beregnes ved å multiplisere DRG-poengverdien med enhetsprisen.

$$1,917 * 52\,248 * 0,4 = 40\,064 \text{ kroner}$$

Dette beløpet representerer hva helseforetaket mottar i ISF-refusjon for opphold i DRG 152. Resten dekkes av rammebevilgninger (om lag 60 %)

Eksempel på beregning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (poliklinikk):

For 2024 er enhetsprisen for DRG-poeng i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling satt til **3 675 kr**. Refusjonsandelen er her 100 %. Kostnadsvekten i PHV/TSB representerer ca. 25 % av kostnadsnivået.

Kostnadsvektene er som for somatikken kostnadsberegnet med utgangspunkt i innrapportert kostnadsnivå fra sykehusene.

Refusjonen for **DRG TD31A Polikliniske konsultasjoner – bipolar lidelse - voksne** beregnes ut fra antall DRG-poeng som gruppen tilsvarer, og den nasjonale enhetsprisen per DRG-poeng.

Kostnadsvekten for **DRG TD31A er 0,231 (tilsvarer 849 kr)**. Siden kostnadsvekten representerer 25 % av kostnadsnivået betyr det at kostnadsvekten må ganges med 4 for å gjenspeile beregnet kostnadsnivå.

$$0,231 * 3\,675 * 4 = 3\,396 \text{ kroner}$$

Innen ISF-ordningen er vektene satt diagnoseuavhengige, noe som betyr at alle ordinære polikliniske konsultasjoner for voksne har fått beregnet lik vekt. Dette betyr at den faktiske ISF-refusjonen for DRG TD31A er $0,163 * 3\ 675$.

Refusjonen beregnes ved å multiplisere DRG-poengverdien med enhetsprisen.

$0,231 * 0,4 = 40\ 064$ kroner

Dette beløpet representerer hva helseforetaket mottar i ISF-refusjon for opphold i DRG 153. Resten dekkes av rammebevilgninger (om lag 60 %).

2.5.2.2 DRG-systemet som utgangspunkt for prisfastsettelse innen fristbrudd

DRG-systemet brukes for å beregne gjennomsnittskostnader for behandlinger i både somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rusbehandling. Hver pasient blir klassifisert etter diagnose, prosedyre og alder, og disse dataene innrapporteres til Norsk Pasientregister (NPR).

All aktivitet i spesialisthelsetjenesten, herunder aktivitet hos fristbruddleverandører, skal rapporteres til Norsk Pasientregister (NPR). Dette er også fastsatt i avtalene mellom Helfo og den enkelte fristbruddleverandør. Selv om Helsedirektoratets leveranse på TTB 2023-77 viste at rapporteringen fra fristbruddleverandørene til NPR er mangelfull, er rapporteringen likefullt obligatorisk og inntatt som en forutsetning i avtalene med Helfo. Dette innebærer at aktiviteten hos fristbruddleverandørene ved bruk av DRG kan relateres til en gjennomsnittskostnad som ville ha påløpt RHF-et dersom helsehjelpen var gitt der.

Prisene hos private leverandører vil ikke være identiske med kostnadene i den offentlige helsetjenesten, og dette må tas i betraktning ved utforming av en DRG-basert prissettingsmodell for fristbruddområdet. Gitt at DRG-beregnete kostnader representerer et gjennomsnitt for den offentlige spesialisthelsetjenesten og at faktisk ressursbruk pr pasient vil kunne avvike fra dette, vil DRG-systemet i denne konteksten først og fremst anvendes for å gi referansepriser.

DRG-beregnet kostnad vil være utgangspunktet for prissettingen, mens den konkrete prisen som fristbruddleverandøren kan kreve i de enkelte tilfellene utgjør en avtalt prosent av den beregnede DRG-kostnaden. Prosentandelen gjøres her til et av vurderingskriteriene i Helfos utlysninger, og er blant de elementene de private leverandørene konkurrerer på. Det vil her være opp til fristbruddleverandørene å sette prosentandelen på et nivå som hensyntar egne kostnader og inntekter. Det presiseres at Helfo pr i dag ikke kan forventes å besitte tilstrekkelig kompetanse på DRG-systemet, og selve innretningen av anbudstekstene med en prisfastsettelse basert på DRG må etableres i samarbeid med riktig kompetansemiljø.

DRG-systemet kan brukes til å sette priser for fristbruddleverandører:

- Det gir en referansepris basert på gjennomsnittskostnader i offentlig helsetjeneste
- Prisen fristbruddleverandøren kan kreve i de enkelte tilfellene, settes som en prosentandel av DRG-beregnet kostnad
- Denne prosentandelen er en del av konkurransen når Helfo inngår avtaler med private leverandører, og vil tas inn i avtalen.

DRG-systemet består av om lag 1000 DRG-er. Det store antallet DRG-er vil kunne medføre at prissettingen fremstår uoversiktlig. Fremfor å prise fristbruddtjenestene på bakgrunn av en konkurranse om prosentandelen av den enkelte DRG, bør det vurderes å gruppere lignende DRG-er sammen, for eksempel

ved å samle DRG 1-50 i én gruppe, 51-100 i en annen, og så videre. Hvordan en slik gruppering best kan gjøres og på hvilken måte, må nødvendigvis utredes nøyere. En slik inndeling vil kunne ha flere fordeler. Det vil bli enklere for Helfo å lage anbud, lettere for leverandørene å beregne tilbud, og mer oversiktlig å kontrollere priser. En utfordring med en slik modell vil være at de faktiske kostnadsforskjellene i en slik gruppe kan være store.

I en prissettingsmekanisme basert på DRG vil prisen knyttes direkte til den helsehjelpen som blir utført. Hvilken DRG en behandling tilhører, bestemmes av data som innrapporteres om behandlingen. Helsehjelpstilfellet grupperes i, og følgelig hvilken kostnad som påløpes for helsehjelpstilfellet, følger av de forhåndsdefinerte variablene slik vist til i beskrivelsen av DRG-systemet tidligere.

2.5.3 Helsedirektoratets vurdering av metode for fastsettelse av priser

Helsedirektoratet har vurdert anvendelsen av DRG-systemet for prisfastsettelse innenfor fristbruddordningen. Direktoratet anser systemet som hensiktsmessig for å etablere referansepriser, men legger opp til at den endelige kostnadsvekten avtales. Dette innebærer at påslags- eller avslagsprosenten inkorporeres i konkurransegrunnlaget for Helfos anskaffelser. Implementeringen av en ny prisfastsettelsesmetodikk vil kreve tid for inkorporering i Helfos avtaler, da nye anbudsprosesser må gjennomføres og nye avtaler inngås.

DRG-systemet er etablert med et annet formål enn å danne grunnlaget for finansiering innen fristbruddordningen. Det kan derfor ikke utelukkes at det er faktorer som får andre utslag for prisene i denne ordningen enn ved finansiering av sykehusene. Et mulig eksempel på dette kan være DRG-avgrensingen av tjenester innen PHV, som for behandlingstid eller gruppebehandling. Det kan derfor vise seg at enkelte DRG-koder ikke kan legges til grunn i fristbruddordningen uten at det i avtalene tas inn nødvendige presiseringer og avgrensinger av tjenestene.

Det foreligger en potensiell risiko for at overgangen til et mer regulert prisfastsettelsesregime basert på DRG kan påvirke fristbruddleverandørenes motivasjon til å respondere på Helfos utlysninger. Direktoratet har ikke hatt anledning til å innhente leverandørenes synspunkter på dette aspektet.

Direktoratet vurderer at anvendelsen av DRG-systemet for prisfastsettelse kan bidra til å redusere utfordringer knyttet til innsikt i innholdet av helsehjelpen det faktureres for, fordi prisen er uløselig knyttet til helsehjelpen som er gitt

Det er over også vist til en prissettingsmetodikk som bygger på dagens modell, men at det avtales priser på et større omfang prosedyrekoder. Fordelen med denne metodikken er at den er kjent i fristbruddmarkedet, og at prisene er kjent på et tidligere tidspunkt i prosessen (i motsetning til DRG-basert prising der kostnaden først blir kjent etter DRG-grupperingen). Ulempene er imidlertid at ikke alle prosedyrer vil kunne prises og avtales. Det må følgelig avklares hvilket handlingsrom fristbruddleverandører har mtp prissetting dersom helsehjelpen som er vurdert nødvendig ikke allerede er avtales. Alternativt må det vurderes etablert "tilleggsmekanismer" for prissetting av prosedyrer i tilfeller den nødvendige prosedyren ikke er gitt en konkret pris. Dette taler i så fall for at en annen prissettingsmetodikk uansett også vil måtte få anvendelse selv om man avtaler priser for flere prosedyrer, dvs at man må operere med to prissettingsmetodikker samtidig.

Helsedirektoratet er i tråd med beskrivelsene over av den oppfatning at de to vurderte metodene å fastsette priser på har ulike styrker og svakheter knyttet til seg. Dersom man ser på prissettingsmekanismene isolert, er Helsedirektoratet av den oppfatning at en prissettingsmetodikk basert

på flere avtalte prosedyrepriser er å anbefale, ettersom dette er en løsning som er godt kjent blant aktørene i ordningen, og er allerede implementert. En DRG-basert prissettingsmekanisme vil derimot medføre en fundamental endring i måten prisene settes på, og vil ha flere usikkerhetsmomenter knyttet til seg. Helsedirektoratet mener imidlertid at en endelig anbefaling rundt metodikk for prisfastsettelse også må vurderes i lys av muligheten for å anvende metodikken i en oppgjørsløsning. Mulige oppgjørsløsninger adresseres i rapportens behandling av deloppdrag 3.

[1] Hvis det var avtalt priser på 30 av de mest brukte NCMP-kodene og 70 av de mest brukte NSCP-kodene så ville dette gjort at 8109 av 9481 koder totalt ville vært utført til avtalt pris. Dette ville utvidet antall avtalte episoder til 22019 av 23391, noe som utgjør 94,1 %

[2] Utvelgelsen av koder som skal være med og prises i konkurransen (og så videre inn i avtalene) vil være en kombinasjon av historiske tall, samt en risikovurdering av koder som kan bli aktuelle i ny avtaleperiode. Dette vil kunne være basert på kunnskap Helfo sitter med fra sykehusene, tall fra NPR etc

[3] Det er også behov for et handlingsrom i avtaleperioden der vi kan tilføye nye prosedyrekoder underveis. Prosedyrekodeverket oppdateres en gang per år og det vil da tilkomme nye prosedyrekoder som vil bli benyttet i helsetjenesten. Vi vil også se at det vil bli benyttet prosedyrekoder ved at fagområder/ tilstander som ikke har blitt varslet tidligere blir brukt mere. Helsetjenesten er også i utvikling og det må tas høyde for nye metoder for behandling av tilstander. Det må derfor legges opp til at det i avtale perioden kan tilføyes prosedyrekoder

Deloppdrag 2: Tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag

Deloppdrag 2:

Direktoratet skal også vurdere og foreslå endringer, herunder regelverksendringer, som kan gi transparens for sykehusene med hensyn til å vite hva de betaler fristbruddleverandørene for. Her kan det være aktuelt å se hen til regelverksendringene som tidligere er gjort for oppgjørsordningen for H-reseptlegemidler.

Regelverksendringene må ta høyde for at sykehusene får tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag uavhengig av om de betaler fristbruddleverandørene direkte eller via Helfo gjennom ev. endret oppgjørsløsning.

Innledning

Mye av kritikken som har blitt reist mot fristbruddordningen har dreid seg om at sykehusene i liten grad er kjent med hva som er grunnlaget for den fakturaen de mottar fra fristbruddleverandørene. I dag sender fristbruddsleverandøren faktura for utført behandling direkte til sykehuset, uten at sykehuset får informasjon om hvilken behandling som er utført. Fristbruddsleverandøren har taushetsplikt om helseopplysningene til pasienten som har mottatt behandlingen, og fakturaen inneholder derfor lite opplysninger som gjør det mulig for sykehusene å utføre en kontroll av fakturaens rettmessighet. Sykehuset er likevel forpliktet til å betale fakturaens pålydende.

I fjorårets rapport ble det kartlagt at informasjonen som fremgår av fakturaene HF-ene mottar fra fristbruddleverandørene er begrenset til at FRIDA-saksnummeret oppgis. Det gjør at sykehusene vil kunne identifisere hvilken pasient fakturaen gjelder. Under er det vist et eksempel fra fjorårets rapport på faktura som viser hvilke innholdselementer som fremgår av fakturaene fra Aleris:



17.10.1

Aleris Helse AS
Frederik Stangsgate 11-13

0264 OSLO
Avd: Aleris Sykehus Bodø

Faktnr.: [REDACTED] Side: 1/1
Fakt.dato: 23.01.23
Forf.dato: 22.02.23
KID: 145864412093697

Telefon.:
Fax.:
E-post:
Org.nr.: [REDACTED]

Bankkonto:
IBAN:
SWIFT:
Deres ref.:
Saksnr: [REDACTED]

Fakturakopi

Artikkelnavn	Enhet	Enh.pris	Rab.I	Rab.II	Lever	Rest	Beløp
Helsehjelp fristbrudd		[REDACTED]			1,00		[REDACTED]

Saksnummer Frida: [REDACTED]
Ordrenummer: [REDACTED]
Kostnadsted: 2328

I oppdraget er Helsedirektoratet bedt om å foreslå endringer, herunder regelverksendringer, som gir sykehusene større kunnskap om hva de betaler fristbruddleverandørene for.

I oppdraget vises det til at det kan være aktuelt å se hen til de regelverksendringene som ble gjort for H-reseptordningen. Dette er en ordning for legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene, men som forskrives og utleveres utenfor sykehus. Legemidlene betales av helseforetakene, og ikke av folketrygden som vanlige reseptbelagte legemidler. Det er etablert en oppgjørsavtale mellom de regionale helseforetakene og Apotekforeningen for håndteringen av dette. Helfo utfører oppgjørstjenester på vegne av RHF-ene, og har ansvaret for å motta, behandle/kontrollere, fakturere og utbetale kravene som sendes fra apotekene innenfor rammene av oppgjørsavtalen og tilhørende databehandleravtaler. For at Helfo skal kunne motta personopplysninger fra apotekene med tanke på kontroll av det økonomiske oppgjøret, ble det etablert nødvendige hjemler for dette i pasientjournalloven § 11. I fristbruddordningen er det ikke RHF-ene som inngår avtalen, dette er lagt til Helfo. RHF-ene har finansieringsansvaret ved at de har plikt til å dekke utgiftene til behandlingen som gis av fristbruddleverandørene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd. Ordningene er derfor ulike, blant annet med tanke på hvem som følger opp leverandørene, og gjennomføringen av det økonomiske oppgjøret.

I [deloppdrag 3](#) omhandles mulige alternative måter å gjennomføre oppgjøret på, herunder at Helfo gis en rolle i oppgjørsløsningen. I [deloppdrag 5](#) omhandles konsekvenser av å overføre kontraktsansvaret til RHF-ene. Disse måtene å innrette fristbruddordningen på, og behov for regelverksendringer knyttet til disse alternativene, omhandles derfor ikke videre i [deloppdrag 2](#).

RHF-enes uttrykte behov for spesifisert betalingsgrunnlag

Helsedirektoratet har innhentet RHF-enes perspektiv på deloppdraget om tilgangen til spesifisert betalingsgrunnlag. RHF-ene oppgir følgende:

"Ved forespørsel om ytterligere spesifisering av faktura har de regionale helseforetakene tidligere fått følgende tilbakemelding fra Helfo (Helfos understrekning):

*Vi minner i den forbindelse om rammeavtalens bestemmelse om fakturering; fakturaen skal ikke inneholde annen informasjon enn saksnummeret fra fristbruddportalen. Dette begrunnes hovedsakelig med regler om taushetsplikt og personvern. **Saksnummeret anses tilstrekkelig for at sykehusene skal få ivarettatt sitt regnskapsmessige behov.***

Dette gjør at helseforetakene f.eks. ikke har mulighet til å kontrollere om det er gjennomført en undersøkelse eller en operasjon. Helseforetakene har behov for et spesifisert fakturaunderlag slik at de kan se at utført tjeneste er i samsvar med det innmeldte fristbruddet.

DRG-informasjon i Frida som linkes opp til faktisk rapportert aktivitet i NPR vil kunne bidra til helsefaglig korrekt rapportering og dermed ISF til helseforetakene. Det kan vurderes nærmere om gjestepasientunderlagene som NPR utarbeider for oppgjør mellom helseforetakene, også kunne vært benyttet som betalingsgrunnlag i fristbruddordningen."

De regionale helseforetakene har konkretisert behovet for hva som fremgår av fakturaen:

Krav til opplysninger på faktura:

- Pasientens hjemmehørende kommune

- Diagnosekoder og prosedyrekoder
- DRG og pris for behandlingen
- Innleggelse og utskrivningsdato
- Henvisende lege eller HF

Vurdering av muligheten for RHF-enes tilgang til spesifisert betalingsdokumentasjon

Vi tar i dette deloppdraget utgangspunkt i dagens rollefordeling i fristbruddordningen. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b pålegger spesialisthelsetjenesten å melde til Helfo om fristbrudd. Helfo er dermed en regulert aktør i fristbruddordningen, og er gitt i oppgave å inngå kontrakter med fristbruddleverandørene, formidle pasienter til privat eller offentlig aktør for helsehjelp og behandle nødvendige opplysninger i den forbindelse. Det vil si at det er Helfo som inngår avtaler med fristbruddleverandørene, det er også Helfo som følger opp leverandørene og iverksetter eventuelle sanksjoner ved brudd på avtalevilkårene. Det økonomiske oppgjøret skjer ved at fristbruddleverandørene sender sine krav til det sykehuset som skal betale for aktiviteten hos fristbruddleverandørene. Helfo har ikke noen rolle i det økonomiske oppgjøret.

Som Helsedirektoratet viste til i leveransen på TTB2023-77, er det per i dag ikke hjemmel for at fristbruddleverandørene kan utgi helseopplysninger om pasienten for at RHF/HF skal kunne kontrollere betalingskravet ved økonomisk oppgjør.

Det er lovregulert at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke behandlingsutgiftene i slike tilfeller, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2. Etter ordlyden tilsier dette at RHF-ene skal betale, men det er i praksis delegert til sykehusene. Helsedirektoratet har lagt til grunn at det ikke fremkommer noe unntak fra plikten til å betale innen rammen av gjeldende regelverk, herunder muligheten til å foreta en skjønnsmessig vurdering av kravet (se direktoratets rapport fra 2023, punkt 5.3.1). Sykehusene eller de regionale helseforetakene skal derfor innen rammen av dagens fristbruddordning ikke utøve kontroll med tjenestene som er gitt av fristbruddleverandøren, og vil ikke kunne unnlate å betale fristbruddleverandør for utført helsehjelp.

Som drøftet i rapporten fra 2023, er det lagt til grunn at reglene om personvern og taushetsplikt gjør seg gjeldende i relasjonen mellom fristbruddleverandør og fristbruddinstitusjon hva gjelder deling av person- og helseopplysninger mellom disse. Det ble lagt til grunn at RHF-ene har rettslig behandlingsgrunnlag i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd til å motta økonomisk oppgjør fra fristbruddleverandørene, som oppfyller kravene til lovlig behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c, jf. artikkel 9 nr. 2 bokstav h og j. Formidling av denne typen informasjon mellom fristbruddleverandøren og sykehusene/RHF-ene må imidlertid også skje i samsvar med taushetsplikten. Helsepersonellovens lovbestemte unntak fra taushetsplikten er basert på helsemessige formål, og etter Helsedirektoratets vurdering vil disse reglene ikke gi unntak for utveksling av informasjon for oppgjørsformål mellom fristbruddleverandør og HF.

Det ovennevnte innebærer slik Helsedirektoratet ser det, at RHF-ene innen rammen av gjeldende lovgivning ikke kan motta spesifisert betalingsdokumentasjon.

3.3.1 Behov for spesifisert betalingsgrunnlag for RHF

I oppdraget bes det om at regelverksendringene må ta høyde for at sykehusene får tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag uavhengig av om de betaler fristbruddleverandørene direkte eller via Helfo gjennom en evt. endret oppgjørsløsning. Dersom behovet for mer spesifiserte betalingsgrunnlag knytter seg til at sykehusene skal ha dokumentasjon for å kunne kontrollere innholdet i tjenestene, og kostnadene knyttet til tjenestene som er gitt, er dette noe annet enn dersom dokumentasjonen kun har til formål å sikre mer informasjon om tjenestene som er levert. Det er Helsedirektoratets oppfatning at dette behovet må vurderes i lys av rammene for fristbruddordningen og hvem som har kontraktsansvaret overfor fristbruddleverandørene. Spørsmålet om det er mulig å legge til rette for at RHF-ene mottar mer spesifiserte fakturaer fra fristbruddleverandørene er avhengig av behovet. Vi ser at dette spørsmålet må drøftes, før vi vurderer hvilke regelverksendringer som evt. er aktuelle.

Som ledd i å ha plikt til å dekke utgifter er det ikke unaturlig å innfortolke at det innebærer at RHF/HF fører en viss kontroll med betalingsgrunnlaget hvor utgiftene fremgår. Det kan knytte seg til å sjekke at fakturaen gjelder pasienter som de har videreformidlet til fristbruddordningen, informasjon om hvilken rammeavtale som ligger til grunn, og samt også informasjon om at behandlingen av pasienten er avsluttet hos fristbruddleverandøren. Slik vi forstår det, vil noen av disse opplysningene fort kunne falle innunder definisjonen av helseopplysninger fordi de vil kunne si noe om pasientens helseforhold. Opplysningene vil dermed være underlagt taushetsplikt, og ettersom fristbruddleverandøren ikke har adgang i dag til å dele taushetsbelagt informasjon, vil ikke RHF/HF kunne få tilgang til den informasjonen de ønsker for å foreta denne typen kontroll av fakturaen.

Det er imidlertid flere andre forhold ved fristbruddordningen og hvordan denne er organisert, som får betydning for behovet for at sykehusene skal motta spesifiserte betalingsgrunnlag. Fra RHF-ene er det vist til at helseforetakene som følge av taushetsplikten ikke har mulighet til å se at det er samsvar mellom pasientbehandlingen og mottatt betalingsgrunnlag. Det er imidlertid slik at sykehusene ikke skal foreta skjønnsmessige vurderinger av innholdet i helsehjelpen som er gitt hos fristbruddleverandøren. Dette ble vurdert i leveransen på TTB2023-77. Sykehusene har derfor ikke behov for informasjon om alle typer prosedyrer, konsultasjoner osv. som eventuelt fremgår av betalingsgrunnlaget, ettersom de ikke skal vurdere hvorvidt dette er nødvendig behandling. Dette er vurderinger som ligger til fristbruddleverandøren å ha ansvaret for, all den tid de har overtatt ansvaret for den konkrete helsehjelpen som skal ytes overfor pasienten. Det er også klart at sykehusene i fristbruddordningen ikke kan avgrense lengden på pasientforløpene eller avgrense tjenesteinnholdet hos fristbruddleverandøren.

Det er videre klart at ettersom Helfo har kontraktsansvaret for rammeavtalene i dagens ordning, så er det heller ikke sykehusenes rolle å følge opp leverandørene, og hvorvidt de etterlever kontraktsforpliktelsene. Prisene i avtalene er å anse som forretningshemmeligheter, og andre enn avtalepartene har derfor ikke tilgang til disse. Sykehusene vil dermed ikke kunne kontrollere kostnadselementene i detaljene i fakturaene, som ikke vil inngå pga. at prisene er hemmelige. Dette vil også kunne begrense tilgang til informasjon om antall behandlinger og prosedyrer som er gitt, ettersom dette vil indirekte kunne si noe om prisen.

Etter vår vurdering begrenser behovet til sykehusene seg til å sjekke at fakturaen gjelder pasienter som de har videreformidlet til fristbruddordningen, informasjon om hvilken rammeavtale som ligger til grunn, og samt også informasjon om hvorvidt behandlingen av pasienten er avsluttet hos fristbruddleverandørene. Dette vil typisk kunne være disse konkrete innholdselementene som RHF-ene selv har meldt behov for: pasientens hjemmehørende kommune, innleggelse og utskrivningsdato og henvisende lege eller HF.

Når det gjelder RHF-enes meldte behov for diagnosekoder og prosedyrekoder, så er det vår vurdering at dette er forhold som sier noe om pasientens helseforhold. Dette er ikke opplysninger som vil kunne fremgå av fakturaen. DRG og pris for behandlingen vil også være elementer som RHF-ene etter vår vurdering ikke vil kunne motta opplysninger om. Den fastsatte prisen i Helfos avtaler vil være å anse som taushetsbelagte opplysninger etter forvaltningsloven § 13. Når det gjelder DRG vil dette ikke være informasjon fristbruddleverandøren sitter på, og dette vil derfor ikke kunne fremgå av fakturaen.

For det tilfellet at Helfo skal gis i oppgave å utføre en kontroll knyttet til oppgjøret, vil ikke behovet for mer spesifiserte betalingsgrunnlag endre seg for sykehusene. I en slik løsning vil RHF/HF-ene måtte legge til grunn at fakturaene er riktige, basert på Helfos kontroll.

3.3.2 Regulering av unntak fra taushetsplikten for tilgang til spesifisert betalingsgrunnlag til RHF/HF

For det tilfellet at det likevel vurderes at det er behov for at sykehuset får mer spesifiserte betalingsgrunnlag enn i dag, er det behov for regelverksendringer som gir sykehusene lovlig tilgang på spesifisert betalingsgrunnlag fra fristbruddleverandørene uten hinder av taushetsplikten.

Fristbruddleverandøren er den som yter helsehjelp til pasienten i denne sammenheng. Det er grunn til å vurdere om pasientjournalloven gir det unntaket fra taushetsplikten som er nødvendig for at fristbruddleverandøren og sykehuset kan dele helseopplysninger om pasienten som ledd i det økonomiske oppgjøret for dekning av utgiftene for helsehjelpen som er gitt. Pasientjournalloven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, jf. pasientjournalloven § 6. Loven gjelder uavhengig av hvilket system opplysningene registreres i, og regulerer blant annet virksomhetens adgang til å behandle pasientopplysninger for å foreta økonomiske oppgjør til pasienten. I tillegg til de generelle reglene om behandling av pasientopplysninger i et journalsystem, har pasientjournalloven egne bestemmelser som regulerer administrative og økonomiske oppgjørsordninger i pasientjournalloven § 11. Som redegjort for ovenfor, er blant annet adgangen til å motta helseopplysninger i forbindelse med kontroll av det økonomiske oppgjøret i H-reseptordningen hjemlet i pasientjournalloven § 11. I likhet med fristbruddordningen har RHF-ene ansvaret for å dekke utgiftene, men i H-reseptordningen er Helfo gitt oppgaven med å kontrollere oppgjørene på vegne av RHF-ene innen nærmere fastsatte rammer. Tilsvarende er for øvrig ordningen man hadde for fritt behandlingsvalg. Forskriften som nærmere regulerte denne ordningen, var blant annet hjemlet i pasientjournalloven § 11 for Helfos rett til å innhente opplysninger for kontroll. Disse ordningene er derfor ikke fullt ut sammenliknbare med den gjeldende ordningen for fristbrudd, hvor det er spørsmål om HF-ene selv skal kunne motta opplysningene.

Pasientjournalloven § 11 tredje ledd gir hjemmel for forskrifter som nærmere regulerer behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner. Det følger av fjerde ledd at taushetsplikten ikke er til hinder for behandlingen av opplysningene for formålet om oppgjør, og at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten. Hvilke opplysninger som skal overføres til hvilke aktører, er avhengig av hvordan oppgjørsordningen etableres og hvilke aktører som har behov for hvilke opplysninger. Ved å fastsette en forskrift til § 11 tredje ledd vil forskriften regulere at relevante og nødvendige opplysninger skal behandles i en oppgjørsordning, slik at opplysninger kan overføres mellom de ulike aktørene uten hinder av taushetsplikt. For å sikre RHF/HF tilgang til et spesifisert betalingsgrunnlag, kunne man dermed ha fastsatt i forskrift i medhold av pasientjournalloven § 11, at fristbruddsleverandøren skal sende et begrenset sett opplysninger om pasientens behandlingsforløp til RHF/HF-et for kontroll og økonomisk oppgjør. Formålet med RHF/HF-ets gjennomgang er kontroll av rett pasient, fristbruddnummer og kontroll av behandlingsforløp opp mot henvisning, se for øvrig nærmere vurdering av behovet i punktet ovenfor.

En slik løsning fordrer imidlertid at fristbruddleverandørene må sette opp en egen oppgjørsløsning som legger til rette for utveksling av opplysningene mellom HF-ene og fristbruddleverandørene med hjemmel i denne bestemmelsen. I et slikt system må det sørges for at de nødvendige opplysningene som ligger i pasientjournalsystemene meldes inn til de som skal administrere oppgjørsordningen. Vi vurderer at en slik

innretning ikke er hensiktsmessig kun for å kunne gi sykehusene flere opplysninger om betalingsgrunnlaget, dette blant annet som følge av at Helsedirektoratet vurderer at behovet for mer spesifiserte betalingsgrunnlag er begrenset for sykehusene og RHF-ene i dagens ordning. Systemer for administrasjon og kontroll vil i mange tilfeller være omfattet av det rettslige grunnlaget for de oppgaver de er etablert for å støtte. I fristbruddleverandørenes tilfelle er det å gi helsehjelp til fristbruddpasientene. Det er etter vårt syn mer naturlig at fristbruddsleverandøren håndterer oppgjør og tilhørende pasientopplysninger som en funksjonalitet i pasientjournalssystemet med hjemmel i hovedreglene i pasientjournalloven § 6. En konsekvens av dette er fristbruddsleverandøren ikke kan bruke unntaket fra taushetsplikten i § 11.

Helsedirektoratet vurderer at for at fristbruddsleverandøren skal ha adgang til å gi helseopplysninger som er relevant og nødvendig i mer spesifiserte betalingsgrunnlag til RHF-ene, kan det reguleres et unntak fra taushetsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd. Dette fordi deling av helseopplysninger skjer i tilknytning til sykehusenes ansvar for å dekke utgiftene for pasientbehandlingen hos fristbruddsleverandøren, som er regulert her. Det bør i så fall også reguleres en adgang i bestemmelsen til å gi forskrift, som nærmere kan fastsette hvilke opplysninger som er nødvendige.

Helsedirektoratet vil imidlertid peke på at en tilrettelegging for at sykehusene skal få tilgang til mer spesifiserte betalingsgrunnlag må bero på en konkret vurdering av hva sykehusene skal kunne anvende informasjonen til. Dersom sykehuset skal anvende informasjonen til å kontrollere berettigelsen av en faktura fra fristbruddsleverandøren, vil det kunne medføre at sykehusene "overprøver" vilkårsoppfyllelsen for faktureringen slik vilkårene er satt i Helfos avtaler. Så lenge kontraktsansvaret fortsatt tilligger Helfo, må man motvirke uklare roller mellom Helfo og sykehusene når det gjelder kontroll og sanksjonering.

Dersom man går for en ny oppgjørsløsning der Helfo foretar oppgjøret, er det etter vår vurdering ikke behov for at sykehuset skal motta mer spesifiserte opplysninger om pasienten som ledd i å dekke utgiftene til pasientbehandlingen. I en slik løsning vil det være Helfo som skal få tilgang til relevante og nødvendige opplysninger fra fristbruddsleverandøren for å forestå oppgjør i fristbruddordningen. Da vil det kunne være mer relevant å vurdere om Helfo bør kunne opprette en oppgjørsløsning med hjemmel i pasientjournalloven § 11, med en tilhørende forskrift som regulerer hvilke opplysninger som kan deles mellom fristbruddsleverandøren og Helfo innenfor disse rammene. Dette er drøftet nærmere i punkt [4.5.2](#).

Deloppdrag 3: Oppgjørsløsning

Deloppdrag 3:

Helsedirektoratet bes å utrede en oppgjørsløsning som kan gi bedre kontroll med betalingsstrømmene. Departementet viser til oppgjørsløsningen som brukes for H-reseptlegemidler og som tidligere ble brukt for fritt behandlingsvalgordningen, samt direktoratets alternativ 2 i svar på TB 2023-77. Dette innebærer at Helfo som er avtalepart med de private, også har oppgjøret med de private. Videre at Helfo betaler til de private fristbruddleverandørene og at det er et påfølgende oppgjør mellom Helfo og RHF-ene.

Innledning

Helsedirektoratet har vurdert ulike alternativer for hvordan fristbruddleverandørene skal få betalt for de helsetjenester de utfører. Dagens løsning, hvor fristbruddleverandørene sender faktura direkte til det sykehuset som skal betale for helsetjenesten, er inngående beskrevet i tidligere oppdrag og omhandles ikke nærmere her. Som det ble vist til har dagens innretning noen konsekvenser som bør søkes utbedret ved en ny oppgjørsløsning, og det er derfor lagt til grunn at Helfo i en ny løsning skal utbetale til fristbruddleverandøren og deretter tilbakekreve fra HF-et.

Hvordan man innretter en slik oppgjørsløsning der Helfo utbetaler til fristbruddleverandøren og tilbakekrever fra HF-et, henger imidlertid tett sammen med hvordan prisene i fristbruddordningen settes. Dette fordi prissettingsmetodikken påvirker hvilken informasjon som skal legges til grunn for oppgjøret, hvilken informasjon som skal utveksles mellom hvilke aktører, og følgelig hvordan kontrollbehovet best kan ivaretas.

Tilbakemelding fra de regionale helseforetakene

"De regionale helseforetakene vil påpeke at oppgjørsordningen innen H-reseptordningen fungerer på en god måte. Bakgrunnen for dette er trolig at det er etablert et klart regelsett for hva som skal kontrolleres, og hvilke verdier det skal kontrolleres mot. Tilsvarende oppgjørsløsning var etablert i FBV-ordningene. Det medførte at de regionale helseforetakene løpende fikk en god samlet oversikt over omfang og påløpet kostnader. Det medførte dog ingen kontroll eller oppfølging av de helsetjenester som ble utført.

Skal en oppgjørsordning fungere, må det foreligge et regelsett som det kontrolleres mot. Helseforetakene har behov for bedre innsikt i hvilke helsetjenester leverandørene i fristbruddordningen leverer, og de har også behov for å følge opp lengden på de ulike behandlingsforløpene. Det er vanskelig å se at en samling av fakturaer kan bidra til bedre oversikt innen disse områdene."

Fem modeller for oppgjørsløsninger

Helsedirektoratet har utredet fem ulike oppgjørsløsninger hvor tre av løsningene forutsetter at prisene er satt med utgangspunkt i DRG-grunnlaget, mens de to siste oppgjørsløsningene baseres på at prisene fastsettes som i dag, men hvor langt flere prosedyrer gis en pris.

De fem modellene:

1.	Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og foretar oppgjør	• Fristbruddleverandøren innrapporterer aktivitet til NPR • NPR beregner DRG-grunnlaget og utleverer dette til Helfo. Dette forutsetter utlevering av DRG-beregninger med direkte identifiserbare opplysninger på personnivå. • Helfo beregner beløp som skal utbetales med utgangspunkt i DRG-grunnlaget • Informasjonen fra NPR er tilstrekkelig til å utbetale fristbruddleverandøren og fakturere HF. • Modellen forutsetter endringer i helseregisterloven og forskrift, se omtale av dette i punkt 4.6.3.1
2.	Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og opplysninger fra fristbruddleverandøren	• Fristbruddleverandøren innrapporterer aktivitet til NPR • NPR beregner DRG-grunnlaget og utleverer dette til Helfo i et format som er innenfor NPR-forskriften § 3-2 første ledd. • Helfo sammenstiller opplysningene fra NPR med informasjon som fristbruddleverandøren sender inn, som er direkte identifiserbare opplysninger om pasienten. Helfo beregner prisene på grunnlag av dette. • Beregningene gir tilstrekkelig informasjon til at Helfo kan utbetale fristbruddleverandøren og fakturere HF. • Modellen forutsetter at det etableres en forskrift til pasientjournalloven § 11 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b andre ledd for å gi Helfo et rettslig behandlingsgrunnlag for opplysningene.
3.	Helfo mottar krav og DRG-grunnlaget fra fristbruddleverandøren	• Fristbruddleverandøren innrapporterer aktivitet til NPR • NPR beregner DRG-grunnlag og sender dette til fristbruddleverandøren. • NPR sender ikke noe til Helfo. • Fristbruddleverandøren sender krav og DRG-beregninger til Helfo. • På grunnlag av mottatt informasjon beregner Helfo hvor mye som skal betales til fristbruddleverandøren og fakturerer HF. • Det er i dag ikke hjemmel i regelverket til at fristbruddleverandøren kan avgi denne informasjonen til Helfo. • Det er ikke hjemmel for NPR til å avgi informasjon til fristbruddleverandørene • Modellen forutsetter endringer i helseregisterloven og NPR-forskriften, se omtale av dette i punkt 4.8.3.1
		• Hver enkelt helsetjeneste er gitt en egen pris i avtale. • Fristbruddleverandøren sender krav om vederlag til Helfo som kontrollerer kravet og utbetaler.

4.	Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren. Prisene fastsettes i avtale mellom Helfo og leverandør.	• Ingen av aktørene mottar informasjon fra NPR som benyttes i oppgjøret. • Modellen forutsetter at det gis forskrift til pasientjournalloven § 11 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b andre ledd for å gi Helfo et rettslig behandlingsgrunnlag for opplysningene og et unntak fra taushetsplikten for leverandørene, se omtale av dette i punkt 4.5.1 og 4.5.2
5	Minimumsløsning der Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren (avtalte priser)	• Hver enkelthelsetjeneste er gitt egen pris i avtale • Fristbruddleverandøren sender krav om vederlag til Helfo som foretar en minimumskontroll av kravet og utbetaler • Helfo vil i modellen ikke få mer informasjon fra fristbruddleverandøren enn hva sykehusene får i fakturaene i dag • Modellen vil ikke kreve regelverksendringer

Beregning av DRG-grunnlag

Av de skisserte modellene forutsetter modell 1, 2 og 3 at aktiviteten som den enkelte fristbruddleverandør utfører omgjøres til en DRG-basert referansepris. Omregningen av aktivitetsdata fra fristbruddleverandøren til en DRG-basert referansepris kan teoretisk gjøres av både NPR og Helfo. Fristbruddleverandøren må derfor utlevere aktivitetsdata til en av disse instansene, som så må omgjøre aktivitetsdataene til en DRG-basert referansepris (DRG-gruppering).

All aktivitet i den offentlige spesialisthelsetjenesten, også all aktivitet hos fristbruddleverandørene, skal rapporteres til NPR. NPR foretar i dag DRG-beregning basert på den innrapporterte aktiviteten.

Helfo har i dag tilgang til lisensiert kommersiell programvare for DRG-gruppering som anvendes ved beregning av stønad til enkelte spesialisthelsetjenester i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 a. Imidlertid er prosessen med DRG-beregning for Helfo ved bruk av dette dataprogrammet helmanuell, og det er ikke etablert systemer eller løsninger for elektronisk overføring av aktivitetsdata til Helfo for beregning av DRG. I tillegg har forvaltningen ingen kontroll over driften av den kommersielle programvaren som Helfo har lisensiert. Dette gir betraktelig større feilmarginer enn dersom NPR foretar DRG-grupperingen / beregner referanseprisen.

Av hensyn til etterrettelighet og sikkerhet rundt DRG-beregningen, og av hensynet til å sikre fristbruddleverandørenes rapportering til NPR, er Helsedirektoratet av den oppfatning av at DRG-beregningen, dersom man ønsker å gå for en slik prissettingsmetodikk, bør utføres av NPR.

I motsetning til modell 1,2 og 3 bygger ikke modell 4 og 5 på bruk av en DRG-basert referansepris. I modell 4 og 5 er det derimot avtalt en egen pris for hver enkelt konsultasjon og prosedyre.

Juridiske forutsetninger og vurderinger

Alle modellene forutsetter at Helfo har en formell myndighet til å foreta oppgjøret, dvs. at de er rett statlig myndighet som kan foreta økonomisk oppgjør i fristbruddordningen. En nærmere vurdering av dette gjøres i punkt 4.5.1. Videre baserer alle modellene seg på at Helfo som ledd i å foreta oppgjøret skal behandle

helseopplysninger fra pasientene som er gitt helsehjelp av fristbruddleverandøren. Det krever at Helfo har rettslig grunnlag, samt et unntak fra taushetsplikten, for å motta og behandle opplysninger til oppgjørsformål. Dette vurderes i punkt 4.5.2.

Hvilke opplysninger Helfo har behov for når de skal foreta oppgjøret er avhengig av hvilken modell for oppgjørsløsning som brukes, som igjen er avhengig av hvilken prisfastsettelsesmekanisme som velges. Ulike mekanismer for prisfastsettelse er vurdert i [deloppdrag 1](#). Tre av modellene baserer seg på at pris skal fastsettes basert på DRG-beregninger, der NPR foretar DRG-grupperingen på bakgrunn av rapporterte aktivitetsdata fra fristbruddleverandøren. Den fjerde og femte modellen baserer seg på at prisen fastsettes i avtalene.

Alle oppgjørsmodellene utenom modell 5 bygger på et premiss om at det må sendes mer informasjon mellom aktørene enn hva som gjøres i dag. Informasjonen vil dog være noe ulik avhengig av valg av oppgjørsmodell.

- Modell 1: Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og foretar oppgjør
- Modell 2: Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og opplysninger fra fristbruddleverandøren
- Modell 3: Helfo mottar krav og DRG-grunnlag fra fristbruddleverandøren
- Modell 4: Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren. Prisene fastsettes i avtale mellom Helfo og leverandør.
- Modell 5: Minimumsløsning der Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren. Prisene fastsettes i avtale mellom Helfo og leverandør.

Hvorvidt Helfo har lovlig tilgang til de nødvendige opplysningene for å foreta oppgjøret, vil bero på hvem de skal få utlevert opplysningene fra. Det er dermed en forutsetning for oppgjørsmodellene at NPR og fristbruddleverandøren har rettslig grunnlag og unntak fra taushetsplikten for å utgi helseopplysninger til Helfo. Dette vurderes for hver enkelt modell i punktene nedenfor.

4.5.1 Helfos myndighet til å foreta økonomisk oppgjør i fristbruddordningen

I rapporten Helsedirektoratet leverte i 2023, ble det lagt til grunn at Helfo måtte ha et rettslig grunnlag både for å foreta et økonomisk oppgjør, og for å behandle personopplysninger i en oppgjørsordning. For å kunne utrede de ulike oppgjørsløsningene nærmere, ser vi innledningsvis behov for å gjøre en konkret vurdering av om Helfo allerede etter gjeldende bestemmelser har myndighet til å foreta et økonomisk oppgjør i fristbruddordningen.

Ved innføringen av fristbruddordningen i 2003 ble det foretatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 (den gang pasientrettighetsloven). Spesialisthelsetjenesten ble i bestemmelsen blant annet pålagt å fastsette en frist for når pasienten senest skulle få nødvendig helsehjelp, og pasienten fikk rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter, dersom ikke RHF-et hadde sørget for at helsehjelpen kunne gis innen fastsatt tidspunkt. I bestemmelsen fikk departementet myndighet til å fastsette en forskrift til blant annet å fastsette organisering av og oppgjør for det tjenestetilbudet pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter.

I forarbeidene til lovendringene drøfter departementet ulike måter å organisere det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp på. Det ble det foreslått at oppgaven med å finne et subsidiært tilbud legges til et sentralt, statlig organ. I forarbeidene punkt 5.5.7 ble det videre vist til at et sentralt statlig organ også "*vil kunne sikre økonomisk sett mest gunstig avtaler fordi de vil forhandle om kjøp av et større volum tjenester enn det som vil være aktuelt for et regionalt organ. Dette gjelder både behandling, reise og opphold. Ett sentralt organ vil, i motsetning til flere regionale, kunne utnytte større etterspørsel og samordning og det vil*

medføre lavere administrative utgifter. Dette vil medføre en økonomisk fordel for de regionale helseforetakene som i siste instans skal dekke utgiftene. Et sentralt statlig organ vil også lettere kunne bygge opp nødvendig kompetanse og nettverk når det gjelder å forhandle og inngå kontrakter om kjøp av helsetjenester. Det vil også være mindre sårbart når det gjelder å beholde, vedlikeholde og utvikle slik kompetanse. At det legges til rette for at et best mulig kvalifisert og mest mulig effektivt organ skal ha ansvaret for å skaffe subsidiært tilbud om nødvendig helsehjelp, vil også være en stor fordel for de aktuelle pasientene".

Det ble dermed lagt til grunn at den sentrale statlige aktøren som ble utpekt, både skulle ha ansvaret for å formidle pasienten et behandlingstilbud innenfor fastsatt frist, og å kjøpe de subsidiære behandlingstilbudene. I tillegg ble departementet gitt en forskriftshjemmel til blant annet å fastsette organisering av og oppgjør for det tjenestetilbudet pasienten har rett til å motta fra private tjenesteytere.

Det ble ikke foreslått å endre på RHF-ets ansvar for helsehjelpen til fristbruddpasientene. Departementet skriver i punkt 5.5.7 at dessuten vil det regionale helseforetakets ansvar etter et fristbrudd realisere seg ved forpliktelsen til å oppfylle et krav om utgiftsrefusjon fra det sentrale, statlige organet. Det foreslås at refusjonskravet hjemles i et nytt tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd pålegger RHF-ene å dekke utgifter til behandling mv. som følge av fristbruddet, og som en annen norsk myndighet har forskuttert beløpet overfor norske tjenesteytere. Det ble dermed forutsatt i forarbeidene til lovendringene at det sentrale statlige organet skulle kunne betale fristbruddleverandøren for helsehjelpen, og sende refusjonskrav til RHF-et. Se mer om dette i punkt 4.5.2.

Rikstrygdeverket ble utpekt som den sentrale statlige myndigheten som skulle formidle helsehjelp til fristbruddpasienter og kjøpe helsehjelpen hos private aktører. Departementet skriver om dette i punkt 5.5.7: *Sosial- og helsedirektoratet er tillagt å utøve styring innenfor sosial- og helseområdet gjennom myndighets- og regelverksstyring. Det å kjøpe helsetjenester privat og i utlandet ligger mye nærmere opp til tjenesteyting enn myndighetsutøvelse. Etter departementets mening er det derfor mindre nærliggende å legge denne oppgaven til Sosial- og helsedirektoratet. Rikstrygdeverket derimot skaffer helsetjenester enten gjennom kontantstønad eller ved å skaffe og stille helsetjenesten til disposisjon for de trygdede. Flere tilsvarende oppgaver med kjøp av tjenester er allerede lagt til Rikstrygdeverket, som kjøp av behandling til sykemeldte og kjøp av behandling ved gjennomføring av Pasientbroen. Det vil derfor ikke bryte med noe organisatorisk prinsipp å legge også denne oppgaven til Rikstrygdeverket. Departementet viser også til at Rikstrygdeverket allerede har bygget opp kompetanse og tilegnet seg en del erfaring på dette området gjennom å administrere Pasientbroen til utlandet. Departementet vil derfor legge oppgaven med å skaffe subsidiært behandlingstilbud om nødvendig helsehjelp til Rikstrygdeverket. Det foreslås en ny forskriftshjemmel i pasientrettighetsloven § 2-1 nytt syvende ledd som gir departementet adgang til å gi nærmere bestemmelser om organisering av og oppgjør for det tilbudet Rikstrygdeverket skal tilby.*

Helsedirektoratet er i dag det statlige forvaltningsorganet som anses å inneha de oppgavene som tidligere var tillagt Rikstrygdeverket, som ble nedlagt i 2006. Fristbruddområdet ble overført fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til NAV Helsetjenesteforvaltning (nåværende Helfo) fra og med 1. januar 2008. NAV Helsetjenesteforvaltning ble underlagt Helsedirektoratet 1.1.2019. Helsedirektoratet har delegert forvaltningen av fristbruddområdet til Helfo. Helfos formidlingsansvar ble forskriftsfestet i prioriteringsforskriften § 6 i 2015.

Spørsmålet er om Helfo, i tillegg til å ha myndighet til å formidle fristbruddpasienter og inngå kontrakter med fristbruddleverandørene, også kan anses å ha myndighet i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b til å foreta det økonomiske oppgjøret. Helfo har i dag ingen rolle i det økonomiske oppgjøret mellom fristbruddleverandøren og RHF-et, slik det var tenkt i det opprinnelige lovforslaget.

Helsedirektoratet legger til grunn at pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven slik de er utformet i dag, åpner for at en statlig myndighet har adgang til å foreta økonomisk oppgjør i fristbruddordningen, og at myndigheten i dag ligger til Helfo. Vi legger også til grunn at Helfo, i tilknytning til de øvrige oppgavene Helfo har innenfor fristbruddordningen, er den statlige myndigheten som i dag har adgang til å foreta økonomisk oppgjør innenfor lovens rammer slik den ble etablert. I dette ligger også en myndighet til å forskuttere oppgjøret med fristbruddleverandørene, og kreve refusjon fra de regionale helseforetakene. Denne forståelsen er ikke i samsvar med den fortolkningen Helsedirektoratet gjorde i 2023, hvor det ble lagt til grunn at regelverket begrenset handlingsrommet til å utforme oppgjørsordninger, og at det økonomiske oppgjøret måtte skje mellom fristbruddleverandøren og RHF-ene.

Dersom Helfo likevel ikke kan anses å inneha denne myndigheten, må Helfo slik vi ser det gis slik myndighet i medhold av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 tredje ledd.

4.5.2 Vurdering av rettslig grunnlag for Helfos behandling av personopplysninger i oppgjørsordningen

Dersom Helfo kan anses å ha myndighet til å foreta økonomisk oppgjør etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 5-3, kan det etableres en forskrift i medhold av § 2-2 b andre ledd for nærmere å regulere Helfos ansvar. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b andre ledd gir departementet adgang til nærmere å regulere organiseringen av, og oppgjøret for tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter.

I tillegg vil det være behov for å etablere et rettslig behandlingsgrunnlag for at Helfo skal kunne behandle personopplysninger i oppgjørsløsningen. Et slikt rettslig behandlingsgrunnlag skal være forankret i personvernforordningen artikkel 6 og 9, og i nasjonalt regelverk.

I oppdraget fra HOD ble det pekt på oppgjørsløsninger som brukes for H-reseptlegemidler, og som tidligere ble brukt for fritt behandlingsvalgordningen. Disse modellene ble etablert med rettslig grunnlag i forskrift til pasientjournalloven § 11. Pasientjournalloven regulerer behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner. Dette gjelder uavhengig av hvilke systemer helseopplysningene behandles i. En økonomisk oppgjørsordning for den enkelte pasient bør kunne reguleres i forskrift til pasientjournalloven. Ordningens formål om å sikre økonomisk oppgjør for behandlingen som fristbruddleverandøren har gitt til den enkelte pasienten, samsvarer med pasientjournallovens formål, som er å behandle opplysninger knyttet til helsehjelpen til den enkelte pasient, eller administrering eller kvalitetssikring av denne helsehjelpen.

Pasientjournalloven § 11 gir et rettslig grunnlag for å behandle personopplysninger i systemer for saksbehandling, administrasjon mv. av helsehjelp. I likhet med nasjonale oppgjørsløsninger som H-resept og fritt behandlingsvalg kan ordningen hjemles i pasientjournalloven § 11. I § 11 tredje ledd er det gitt et rettslig grunnlag for at kongen i statsråd kan gi forskrift om behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner. Forskriften kan gi nærmere bestemmelser om behandlingen av opplysningene, hvilke opplysninger som kan behandles, hvem det kan behandles opplysninger om, den enkeltes rett til å motsette seg behandling av opplysningene og om dataansvar. Forskriften kan gi adgang til å fatte automatiserte avgjørelser selv om avgjørelsen ikke er lite inngripende overfor den enkelte.

Det fremgår av pasientjournalloven § 11 fjerde ledd at taushetsplikt ikke er til hinder for behandlingen av opplysningene, og at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten. Graden

av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Opplysninger om diagnose eller sykdom kan bare behandles når det er nødvendig for å nå formålet med behandlingen av opplysningen. En forskrift om Helfos oppgaver og ansvar kan dermed hjemles i pasientjournalloven § 11, og nærmere omhandle behandling av personopplysninger for å gi Helfo et rettslig grunnlag for å motta og behandle personopplysninger for oppgjørsformål. Forskriften vil også gi fristbruddleverandørene en plikt til å sende konkrete opplysninger til Helfo, og et rettslig grunnlag for at Helfo kan behandle opplysningene for oppgjørsformål.

Dersom Helfo ikke kan anses å ha myndighet til å foreta økonomisk oppgjør etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b, må det foretas endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd som tydeliggjør at Helfo skal foreta det økonomiske oppgjøret. I de videre drøftelsene legger vi til grunn at Helfo har en rettslig adgang til å foreta økonomisk oppgjør i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b første ledd, og at dette ansvaret nærmere kan reguleres i forskrift.

Modell 1: Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og foretar oppgjør

Modell 1 forutsetter at fristbruddsleverandøren rapporterer aktivitetsdata til NPR, og at NPR utgir direkte personidentifiserbare opplysninger sammen med DRG-grunnlaget til Helfo.

4.6.1 Fristbruddsleverandøren rapporterer aktivitetsdata til NPR

Plikten til å rapportere og innholdet i rapporteringen er hjemlet i NPR-forskriften § 2-1 første ledd. Alle fristbruddsleverandører er forpliktet til å rapportere all aktivitet til NPR. I § 2-1 tredje ledd følger det at lovbestemt taushetsplikt ikke er til hinder for slik rapportering. Fristbruddsleverandøren mottar kvittering på innsendt rapportering. Av denne fremgår i dag ikke annet enn at data er mottatt hos NPR.

Kravet til rapportering er også inntatt i avtalene som er forpliktelse som påligger fristbruddsleverandørene. Ved manglende etterlevelse vil imidlertid ikke Helfo ha andre virkemidler overfor leverandørene enn eventuelt oppsigelse av avtalen. I praksis vil dermed manglende rapportering ha få direkte konsekvenser for fristbruddsleverandørene, noe som kan tenkes å påvirke motivasjonen til å rapportere. Helsedirektoratet har derfor sett fordeler ved en oppgjørsløsning som baserer seg på rapporterte aktivitetsdata til NPR, slik at det ikke kan skje en utbetaling uten at aktiviteten er rapportert til NPR.

Helsedirektoratet peker på at en slik løsning må antas å oppnå følgende hovedformål:

- Det vil ikke lenger være avvik mellom hva som rapporteres til NPR og hvilken aktivitet sykehusene må betale for. Dette har vært et av de sentrale punktene for kritikk mot oppgjørsordningen.
- Siden rapportering til NPR blir en forutsetning for økonomisk vederlag er det grunn til å forvente at rapporteringen blir mer fullstendig, og det blir en høyere grad av etterlevelse av regelverket.
- Sykehusene mottar ISF for all aktivitet som de også må betale for.

Helsedirektoratet vurderer at en oppgjørsløsning som baserer utbetalingen på hva som er rapportert til NPR vil svare ut sentrale utfordringer ved manglende rapportering av aktivitetsdata til NPR.

Det vil ikke være behov for regelendringer knyttet til fristbruddsleverandørens rapportering til NPR.

4.6.2 NPR grupperer dataene i Diagnoserelaterte grupper (DRG)

NPR mottar informasjon om hvilken helsehjelp som er gitt, og pasienten knyttes også mot helseforetaket. NPR samler også inn informasjon om pasientens fødselsnummer/d-nummer, men dette lagres kryptert. Dataene kan dekrypteres når det er behov for dette og om det foreligger hjemmel for å gjøre det. Basert på de rapporterte dataene, plasseres hver episode i en spesifikk DRG. Hver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det gjennomsnittlige ressursforbruket for pasientgruppen.

Det er viktig å merke seg at DRG-grupperingen skjer automatisk basert på de rapporterte dataene, og fristbruddleverandørene vil ikke selv kunne velge hvilken DRG en pasient plasseres i. DRG-beregninger må utføres for de enkelte fristbruddleverandørene, og resultatet av disse beregningene må videreformidles til Helfo.

4.6.3 NPR sender informasjonen til Helfo som beregner pris og utbetaler til fristbruddleverandør

For at Helfo skal kunne utbetale til fristbruddleverandøren må Helfo få tilgang til resultatet av DRG-beregningen som knytter seg til den enkelte pasient. Helfo må altså på grunnlag av informasjonen fra NPR kunne avklare at den rapporterte aktiviteten er knyttet til helsehjelp den enkelte leverandør har gitt en konkret fristbruddpasient. Informasjonen fra NPR må derfor også inneholde informasjon om hvilken fristbruddleverandør som har stått for helsehjelpen av den enkelte fristbruddpasienten. For å kunne fakturere riktig helseforetak må Helfo også få vite hvilket helseforetak pasienten "tilhører". Denne informasjonen må Helfo ha for å kunne utbetale til riktig leverandør.

Helsedirektoratet presiserer at hvilken informasjon Helfo trenger er styrt av formålet. Dersom det kun er for å kunne sikre at det betales for rapportert aktivitet til riktig leverandør, og at pasienten er en fristbruddpasient hos denne leverandøren, vil det være tilstrekkelig med den informasjonen som her er nevnt. Er det derimot et ønske om en ytterligere kontroll, f.eks. av at den helsehjelpen som er rapportert til NPR ligger innenfor avtalen som Helfo har gjort med fristbruddleverandøren, vil det kunne være behov for ytterligere informasjon fra NPR. Helsedirektoratet har ikke gjort fullstendig utredning av Helfos informasjonsbehov.

Resultatet av DRG-grupperingen sendes fra NPR til Helfo som skal foreta oppgjøret. Helfo foretar deretter beregningen av hvor mye fristbruddleverandøren skal ha utbetalt. Helsedirektoratet legger til grunn at det må beregnes riktig beløp for hvert enkelt tilfelle. Hvor mye som skal utbetales til den enkelte fristbruddleverandør vil baseres på prisene som er angitt i hver enkelt avtale som Helfo har inngått, og vil være angitt som en prosent av DRG-beregningsgrunnlaget. Hvordan denne prisberegningen skjer er omhandlet i [deloppdrag 1](#). NPR utleverer med andre ord fakturagrunnlaget som er basert på fristbruddleverandørenes aktivitetsrapportering til oppgjørsinstansen. Innen rammene av fristbruddordningen legger Helsedirektoratet til grunn at det må være Helfo som er mottager av denne informasjonen. Begrunnelsen for dette er at det kun er Helfo som vet hvilke prosenter av beregnet DRG-pris som er avtalt med den enkelte leverandør (da dette er taushetsbelagte opplysninger). I tillegg er dette en oppgave som ligger nær opp til andre oppgjørsoppgaver som Helfo har i dag, og dette er en oppgave Helsedirektoratet vurderer Helfo vil kunne ivareta på en god måte. Leverandøren fremmer ikke noe eget krav til Helfo, og alt baseres på aktivitet som er rapportert til NPR.

Når Helfo har foretatt beregningen utbetales vederlaget til fristbruddleverandøren. Dataene fra NPR, og en oversikt som viser Helfos utregning følger naturlig med utbetalingen. Dette vil også gjøre det mulig for leverandøren å henvende seg til Helfo med spørsmål og hvordan beregningen har skjedd og kunne komme med tilbakemeldinger på ting som måtte være feil.

Etter utbetaling viderefakturerer Helfo det HF som skal bære kostnaden et tilsvarende beløp. Det vil da være samsvar mellom hva fristbruddleverandøren får utbetalt og hva som blir fakturert aktuelt HF. Denne løsningen, i likhet med de andre modellene, gir fullstendig kunnskap om økonomien i ordningen og sikrer at sykehuset ikke må betale mer enn hva som er utbetalt til leverandøren. Modell 1 sikrer også at sykehuset mottar ISF for all aktivitet som leverandøren har fått betalt for.

Helsedirektoratet har ikke gjort en tilstrekkelig grundig vurdering av hvilken informasjon NPR innehar, og som Helfo vil ha behov for med tanke på ytterligere kontroll og viderefakturerings. Det vil også være behov for et videre arbeide med tanke på hvordan oversendelsen fra NPR til Helfo kan skje.

4.6.3.1 Juridiske vurderinger

Pasientjournalloven regulerer helsehjelp og administrasjon av helsehjelp til den enkelte pasient, og gjelder bruk av helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre i forbindelse med helsehjelp (primærbruk). Helseregisterloven gjelder bruk av helseopplysninger til forskning, statistikk osv. (sekundærbruk). Behandling av pasientens helseopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner er såkalte "primærformål" med behandling av opplysninger som er regulert i pasientjournalloven, og faller utenfor helseregisterlovens saklige virkeområde, jf. helseregisterloven § 3 fjerde ledd. Det saklige virkeområdet for helseregisterloven setter ytre rammer for hvilke formål og oppgaver helseregistrene skal kunne brukes til, herunder NPR.

I en økonomisk oppgjørsordning for fristbruddpasienter vil RHF-ene være økonomisk ansvarlig for behandlingsforløpet hos fristbruddsleverandøren til den enkelte pasient. Slik ordningen er lagt opp i dag, skal RHF-et dekke oppgjøret behandlingen koster hos den enkelte leverandør. I denne oppgjørsordningen er det derfor behov for data på individnivå. Det er behov for å dekke kostnadene av behandlingsforløpet etter at fristbruddet har oppstått, til behandlingen er avsluttet hos fristbruddsleverandøren. Helfo må altså på grunnlag av informasjonen fra NPR kunne avklare at den rapporterte aktiviteten er knyttet til helsehjelp den enkelte leverandør har gitt en konkret fristbruddpasient. Oppgjøret skal utbetales fra Helfo, som igjen krever refusjon fra helseforetaket. Helseforetaket har behov for en faktura som er knyttet til den enkelte pasient og den enkelte fristbruddleverandør.

Som følge av at denne oppgjørsløsningen retter seg mot refusjon av behandling for enkeltpasienter, mener vi det er mest nærliggende at oppgjørsløsningen reguleres i forskrift til pasientjournalloven. Dette er også bakgrunnen for vurderingen i [punkt 4.5.2](#), hvor det skisseres et rettslig grunnlag i pasientjournalloven § 11 for Helfos behandling av person- og helseopplysninger til dette formålet.

Modell 1 baserer seg på at NPR utleverer DRG-grunnlaget til Helfo, og bygger i stor grad på samme prinsipp for økonomiske beregninger som systemet for aktivitetsbasert innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF er en finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene der Helsedirektoratet har ansvaret for den aktivitetsbaserte finansieringsordningen. NPR beregner et DRG-grunnlag og sender resultatet til Helsedirektoratet, som beregner hvor mye som skal gis i ISF til sykehusene basert på informasjonen som er mottatt fra NPR. Opplysningene som sendes fra NPR til Helsedirektoratet utgis på aktivitetsnivå, og inneholder ikke informasjon som i seg selv gjør det mulig i å identifisere enkeltpersoner.

Modell 1 for økonomisk oppgjørsordning skiller seg fra en aktivitetsbasert finansieringsordning ved at Helfo skal foreta oppgjøret på bakgrunn av direkte identifiserbare opplysninger om den enkelte pasient og det behandlingsforløpet pasienten har mottatt fra fristbruddsleverandøren. Det er ikke tilstrekkelig med opplysninger på aktivitetsnivå.

Modellen skiller seg videre fra ISF-ordningen ved at det kan være nødvendig å bruke flere opplysninger enn innrapporterte NPR-data i ordningen. Som nevnt over, skal DRG-beregningene brukes sammen med avtalefestede prosenter av DRG-grunnlaget som ledd i å fastsette det enkelte beløpet HF-et skal betale for fristbruddsleverandørens behandling av den enkelte fristbruddspasient.

Videre skiller modellen seg fra en aktivitetsbasert oppgjørsordning ved at Helfos rettslige grunnlag for å motta og behandle opplysningene i ordningen vil følge av forskrift til pasientjournalloven.

Modell 1 innebærer dermed både at DRG-beregningene må utgis i direkte identifiserbar form fra NPR, og det kan være behov for å utgi flere opplysninger fra NPR enn etter dagens DRG-beregninger. Videre vil det rettslige behandlingsgrunnlaget til Helsedirektoratet være forankret i pasientjournalloven, for å foreta økonomisk oppgjør til fristbruddsleverandøren for enkeltpasienter. En slik beregning vil være nødvendig for å konkludere med hva fristbruddsleverandøren skal ha betalt for aktiviteten som er rapportert til NPR. Dette formålet vil være utenfor helseregisterlovens formål og NPRs formål.

Hovedformålet med NPR er at opplysningene i registeret skal benyttes til administrasjon, styring, finansiering og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Den aktivitetsbaserte finansieringen er et område der det er behov for regelmessig tilgang på opplysninger fra NPR. Ved etableringen av ISF i 1997 var det en forutsetning å ha tilgjengelige data om aktiviteten i norske sykehus. Til ISF benyttes det samme datagrunnlaget som benyttes for statistikk, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten. I arbeidet med drift av dagens finansieringssystem er det behov for data på oppholds nivå. NPR-forskriften § 3-2 er en særregel for tilgjengeliggjøring, som muliggjør at opplysninger utgis på en annen måte enn etter de alminnelige reglene i helseregisterloven. Bestemmelsen gjelder utlevering av opplysninger som er nødvendig for drift og utvikling av etablerte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen gjelder alle typer finansieringsordninger, herunder ISF-ordningen. NPR skal etter denne bestemmelsen ikke utgi direkte identifiserbare opplysninger. Finansieringssystemet fordeler inntekter til de regionale helseforetakene etter pasientens bosted, og utbetalingen baserer seg på informasjon om pasientens kjønn, alder, diagnose og utført prosedyre sammen med administrativ informasjon om oppholdet, som overføring fra en institusjon til en annen. Det er inngått en avtale mellom FHI og Helsedirektoratet for slik utlevering av data, som nærmere regulerer utleveringen. Avtalen presiserer at det ikke skal utgis flere opplysninger enn hva som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen. Utleveringen anses som en del av formålet med NPR, som er administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten, herunder finansiering. NPR kan ikke utgi opplysninger til andre formål. Opplysningene utgis i indirekte identifiserbar form.

I prinsippet kunne Helfo, på bakgrunn av data fra NPR-forskriften § 3-2, foreta et økonomisk oppgjør til fristbruddsleverandøren som en modell tilsvarende ISF-oppgjøret, dvs. et aktivitetsbasert oppgjør til den enkelte fristbruddsleverandør. Dette er imidlertid ikke mulig slik vi ser det. Helfo trenger direkte identifiserbare opplysninger i oppgjørsordningen i Modell 1, det kan være behov for ytterligere opplysninger i denne ordningen, og en slik utlevering vil innebære at NPR utgir opplysninger til Helfo for et nytt formål, som er primærformål. NPR kan ikke i dag utgi direkte identifiserbare opplysninger for å administrere og foreta økonomisk oppgjør til enkeltpasienter.

Dersom personidentifiserbare opplysninger i NPR skal kunne brukes til et såkalt primærformål, er det direktoratets vurdering at sentrale bestemmelser i helseregisterloven og NPR-forskriften om formål, virkeområde og behandling av opplysninger må endres. En slik endring vil imidlertid kunne røkke ved de sentrale formålene med henholdsvis helseregisterloven og pasientjournalloven. Ettersom

helseregisterloven og pasientjournalloven skal ivareta to ulike formål; sekundærbruk og primærbruk av helseopplysninger, er lovene i utgangspunktet gjensidig ekskluderende. Det fremgår av helseregisterloven at loven ikke gjelder for behandling av opplysninger som reguleres av pasientjournalloven, og pasientjournalloven har en tilsvarende bestemmelse. Endringer i helseregisterloven og NPR-forskriften for å gi adgang til at opplysninger fra NPR skal kunne brukes som ledd i oppgjør for behandling av enkeltpasienter vil derfor kunne være i strid med dette prinsippet. En slik endring vil kunne ha uønskede og utilsiktede konsekvenser slik direktoratet ser det.

4.6.4 Det økonomiske oppgjøret mellom Helfo og RHF

For at Helfo skal kunne viderefakturere riktig RHF/HF er Helfo avhengig av å finne ut hvilket sykehus pasienten tilhører. Dette vil baseres på pasientens bostedsadresse. I utgangspunktet er det RHF hvor pasienten er bosatt som skal bære kostnaden. Dette kan være annerledes dersom det avtales mellom Helsedirektoratet og RHF at Helfo skal fakturere fristbruddinstitusjonen.

Helfo skal i henhold til inngått avtale fakturere RHF/HF for den aktiviteten som fristbruddleverandøren har fått betalt for.

En oppgjørsløsning som skissert vil innebære at fristbruddleverandøren kun får betalt for den aktiviteten som er rapportert til NPR. Helseforetakene er også sikret at de mottar ISF for den aktiviteten som fristbruddleverandøren får betalt for.

Helsedirektoratet antar at helseforetakenes behov for å kontrollere det som fremkommer på fakturaen vil avhenge av hvilke kontroller som gjennomføres av Helfo. Det kan derfor tenkes at det behovet helseforetakene har for å gjøre en selvstendig kontroll reduseres når det er sikret at de mottar ISF, at Helfo kun utbetaler på aktivitet som fristbruddleverandøren har rapportert til NPR og aktiviteten er knyttet til en fristbruddpasient.

4.6.5 Helsedirektoratets vurdering av denne oppgjørsløsningen

En oppgjørsløsning som skissert i modell 1 vil innebære at flere av de sentrale utfordringene som i dag oppleves ved fristbruddordningen vil reduseres eller falle bort.

Rapportering til NPR gjøres til en forutsetning for utbetaling, og det vil være fullt samsvar mellom hva som utbetales til fristbruddleverandørene og hvilken aktivitet sykehusene må betale for. Dette er følgelig beløp som vil være identiske.

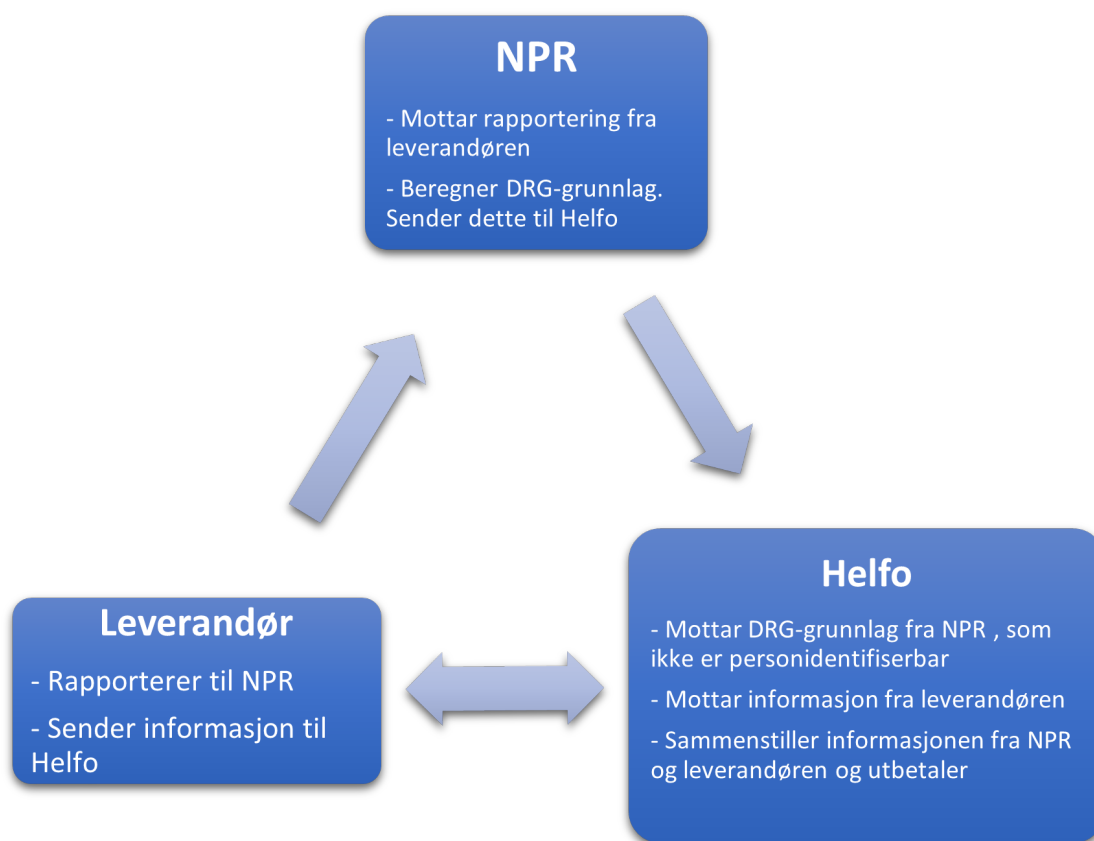
Siden den aktiviteten fristbruddleverandøren får betalt for er innrapportert til NPR, vil det også beregnes ISF for all denne aktiviteten. Sykehusene blir altså ikke økonomisk rammet av manglende rapportering til NPR.

I dag har ikke sykehusene tilstrekkelig trygghet for at fristbruddleverandøren fakturerer sykehusene for priser som er i henhold til den inngått avtalen med Helfo. Dersom prisene i avtalene er angitt som en prosentandel av DRG-grunnlaget vil Helfo beregne den endelige prisen for de tjenestene som leverandøren får betalt for. For sykehusene vil dette dermed gi en trygghet for at de ikke må betale en høyere pris enn hva som er avtalt mellom Helfo og fristbruddleverandøren.

Som det er redegjort for i punkt 4.6.3.1 vil en slik oppgjørsordning i prinsippet være vanskelig å gjennomføre innen rammene av gjeldende regler i helseregisterloven og NPR-forskriften. Etter Helsedirektoratets vurdering bør en oppgjørsordning etableres innenfor pasientjournalloven med forskrift, og ikke innenfor helseregisterlovens virkeområde som regulerer sekundærbruk av helseopplysninger.

Modell 2: Helfo mottar DRG-grunnlaget fra NPR og opplysninger fra leverandøren

Modellen bygger i større grad på en modell tilsvarende til ISF-oppgjøret, dvs. at NPR utfører beregninger og utgir opplysninger i et aktivitetsbasert oppgjør for den enkelte fristbruddleverandøren. NPR utfører beregningen av DRG-grunnlaget basert på den aktiviteten fristbruddleverandøren har rapportert til NPR, hvorpå NPR utgir disse opplysningene til Helfo med for drift og utviklingsformål i samsvar med NPR-forskriften § 3-2. Modellen forutsetter videre at Helfo mottar ytterligere opplysninger fra fristbruddleverandørene som gjør at Helfo får identifisert den enkelte pasienten hos fristbruddleverandøren. Dette for at Helfo skal å kunne beregne en pris for behandlingen denne pasienten har mottatt slik at riktig beløp kan utbetales til riktig fristbruddleverandør og deretter faktureres riktig HF. Modellen fordrer derfor at Helfo får et rettslig grunnlag for å behandle og sammenstille de indirekte identifiserbare opplysningene med direkte identifiserbare opplysninger Helfo mottar fra fristbruddleverandøren.



4.7.1 Fristbruddleverandøren rapporterer aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR)

Denne oppgjørsmodellen bygger på at fristbruddleverandøren rapporterer aktivitetsdata til NPR i samsvar med NPR-forskriften § 2-1. Fristbruddleverandøren mottar kvittering på innsendt rapportering. Av denne fremgår i dag ikke annet enn at data er mottatt hos NPR. Steget er likt som i modell 1.

4.7.2 NPR grupperer dataene i Diagnoserelaterte grupper (DRG)

Basert på de rapporterte dataene, plasseres hver episode i en spesifikk DRG. Hver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det gjennomsnittlige ressursforbruket for pasientgruppen. Grupperingen skjer automatisk basert på de rapporterte dataene, og fristbruddleverandørene vil ikke selv kunne velge hvilken DRG en pasient plasseres i. Steget er likt som i modell 1.

4.7.3 NPR sender DRG-grunnlaget til Helfo

I likhet med modell 1, må Helfo få tilgang til resultatet av DRG-grupperingene NPR har utført basert på innrapportert aktivitet fra fristbruddleverandørene for at Helfo skal kunne foreta de videre beregningene. I modell 2 er det imidlertid lagt opp at NPR begrenser seg til å utgi disse opplysningene som indirekte identifiserbare opplysninger, slik som de gjør for ISF-ordningen.

4.7.3.1 Juridiske vurderinger

NPR er, som nevnt under [punkt 4.6.3.1](#), et lovbestemt helseregister som har som sine formål å brukes til administrasjon, styring, finansiering og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, jf. NPR-forskriften § 1-2. Dette er typiske sekundærbruksformål. Som hovedregel skal utlevering av opplysninger fra NPR-registeret skje i henhold til helseregisterloven § 19 flg., jf. NPR-forskriften § 3-1. Imidlertid har NPR-forskriften en særregulering for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av opplysninger for aktivitetsbaserte finansieringsordninger, jf. NPR-forskriften § 3-2, som eksempelvis ISF-ordningen. Av bestemmelsen følger det at opplysninger som er nødvendige for drift og utvikling av etablerte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegges av NPR. Opplysningene skal også tilgjengeliggjøres for Helsedirektoratet, herunder Helfo, til formålene gjennomføring av drift og utvikling. Bestemmelsen gir kun adgang til at det er indirekte identifiserbare opplysninger fra NPR som kan tilgjengeliggjøres med grunnlag i § 3-2.

Det er nærliggende å vurdere at NPRs tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av resultatene av DRG-beregninger på grunnlag av de innrapporterte aktivitetsdataene fra fristbruddleverandørene til Helfo faller innenfor det samme formålet som fremgår av NPR-forskriften § 3-2, følgelig drifts- og utviklingsformål av etablerte finansieringsordninger. Opplysningene som sendes fra NPR til Helsedirektoratet i denne modellen utgis på aktivitetsnivå, og inneholder ikke informasjon som i seg selv gjør det mulig i å identifisere enkeltpersoner. De er følgelig ikke knyttet opp til enkeltpasienter. Dette tilsvarer den utleveringen som gjøres i ISF, som også er begrenset til indirekte identifiserbare opplysninger. Formålet med behandlingen vil dermed kunne anses som et sekundærbruksformål.

I dette stadiet av modellen vil det ikke være nødvendig med endringer i helseregisterloven og NPR-forskriften for å hjemle utlevering av opplysninger fra NPR til Helfo. Når NPR har foretatt DRG-beregningen, sendes resultatet av denne til Helfo innenfor behandlingsgrunnlaget i NPR-forskriften § 3-2. Helfo trenger imidlertid et rettslig grunnlag for å behandle opplysningene til sitt formål om å foreta det økonomiske oppgjøret, samt å sammenstille disse med ytterligere opplysninger om helsehjelpen hos fristbruddleverandøren, se punkt 4.7.5.1 nedenfor.

4.7.4 Fristbruddleverandøren sender informasjon til Helfo som sammenstilles med opplysninger fra NPR

Modellen forutsetter at Helfo mottar opplysninger om helsehjelpen fristbruddleverandøren har utført fra fristbruddleverandørene. Fristbruddsleverandøren gjør dette ved å sende sine kvitteringer på innrapporterte data sammen med Frida- nummeret til Helfo. Opplysningene er da direkte identifiserbare. Informasjonen som sendes fra fristbruddleverandøren må ha de nødvendige innholdselementer for at Helfo, ved å sammenstille dette med de opplysninger som er mottatt fra NPR, skal kunne gjennomføre nødvendige kontroller, beregne prisen og utbetale til leverandøren. Det må imidlertid utredes nærmere om leverandøren må sende et krav til Helfo eller om det vil være tilstrekkelig at det f.eks. sendes en oversikt over pasienter som har blitt rapportert til NPR. Dette kan for eksempel være en liste med fødselsnummer, men med nødvendig tilleggsinformasjon for å knytte dette til den informasjonen Helfo har mottatt fra NPR. Vi drøfter de to alternativene i punkt 4.7.4.1 under.

På grunnlag av den informasjonen Helfo mottar fra NPR, skal Helfo sammenstille dette med informasjon mottatt fra fristbruddleverandøren. Helfo kobler opplysningene fra fristbruddleverandøren med indirekte identifiserbare opplysninger fra NPR til Helsedirektoratet utlevert i samsvar med NPR-forskriften § 3-2. Oppgjørsordningen forutsetter at Helfo får et rettslig grunnlag til å både å motta direkte identifiserbare opplysninger fra fristbruddsleverandøren og å koble disse med opplysningene fra NPR.

Oppgjørsordningen forutsetter at det teknisk lar seg gjennomføre å koble resultatet av DRG-beregningene sammen med opplysningene fra fristbruddsleverandøren. Helsedirektoratet har ikke innen rammene av dette oppdraget hatt anledning til å foreta fullstendig vurdering av om sammenstillingen av opplysninger kan gjennomføres i praksis.

Helfo vil ikke kunne innhente mer opplysninger enn hva som kreves for å utføre sin forvaltningsoppgave. Hvilke opplysninger som er nødvendig for Helfo å innhente, vil avhenge av hvilke innholdselementer som mottas fra NPR. Helsedirektoratet har derfor innen rammene av dette oppdraget ikke utredet hvilke opplysninger som må følge innsendingen fra fristbruddleverandøren til Helfo.

Det må også vurderes nærmere hvordan leverandøren skal sende krav/opplysninger til Helfo. Men siden dette kun er snakk om å sende informasjon er det ikke sannsynlig at det vil være aktuelt å benytte Helsedirektoratets oppgjørssystemer. Mer aktuelt er det trolig å kun benytte en sikker kanal for innsending av taushetsbelagte opplysninger.

4.7.4.1 Juridiske vurderinger

Formålet med sammenstillingen av opplysningene er at Helfo skal kunne beregne prisen for helsehjelpen som fristbruddleverandøren har gitt, og deretter utbetale til fristbruddleverandøren, slik som i modell 1. Behovet for denne sammenstillingen krever at Helfo gis et rettslig grunnlag for å kunne sammenstille opplysningene de har mottatt fra NPR, med opplysninger fra fristbruddsleverandøren.

Som redegjort for ovenfor, medfører modell 2 at Helfo skal motta opplysninger fra flere, både NPR og fristbruddleverandøren, for å kunne foreta det økonomiske oppgjøret for behandlingen fristbruddleverandøren har utført. Som redegjort for under [punkt 4.5.2](#), vurderer vi at selve oppgjørsløsningen som Helfo skal ha, i utgangspunktet vil kunne være så knyttet opp til helsehjelpen og oppgjøret for helsehjelpen til den enkelte pasient, at den bør reguleres av pasientjournalloven.

Som vi vurderte i rapporten fra 2023, vil opplysningene fra fristbruddleverandøren om aktiviteten de har hatt i forbindelse med helsehjelpen til pasientene fort være helseopplysninger, som er underlagt taushetsplikt. Dersom fristbruddleverandøren skal kunne sende disse opplysninger til Helfo må fristbruddleverandørene dermed ha et lovlig unntak fra taushetsplikt. Dersom det skal etableres et unntak fra taushetsplikt for fristbruddleverandørene, kan dette gjøres ved å fastsette en forskrift med hjemmel i pasientjournalloven § 11. Forskriften kan gi nærmere rettslige rammer blant annet for Helfos behandling av opplysningene fra fristbruddleverandøren. Fristbruddsleverandøren vil da få en plikt til å melde inn opplysninger til Helfo i medhold av pasientjournalloven § 14 første ledd, der det blant annet fremgår at virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, plikter uten hinder av taushetsplikten å melde opplysninger som bestemt i forskrift etter pasientjournalloven § 11.

Helfos rettslige grunnlag for å sammenstille opplysningene fra NPR og fristbruddleverandøren er det nærliggende å vurdere at bør hjemles forskriften som er hjemlet i pasientjournalloven § 11. Bestemmelsen gir grunnlag for Helfos behandling av opplysninger for å foreta de økonomiske oppgjørene for enkeltpasienter i fristbruddordningen. Forskriften kan angi hvilke opplysninger Helfo skal kunne motta og hvilken kontroll Helfo skal gjennomføre for å sikre at fristbruddleverandøren mottar rettmessige utbetalinger.

Dersom det også i modell 2 skal beregnes pris i oppgjøret på enkeltpasientnivå i denne løsningen, kan det imidlertid reises spørsmål ved om man samtidig kan legge til grunn at NPRs utlevering av opplysninger etter NPR-forskriften like fullt er til sekundærbruk når de skal inngå i denne oppgjørsløsningen. Mer konkret kan det stilles spørsmål ved om resultatene av DRG-beregningene fra NPR kan brukes til et slikt nytt formål. Helsedirektoratet er usikre på om det er grunnlag for å vurdere at utleveringen fra NPR isolert sett er til sekundærbruk, når de skal inngå i en oppgjørsordning som vi vurderer ligger innenfor rammene av primærbruk av opplysninger. Hvorvidt det er adgang til å kombinere bruken av opplysningene og de to formålene på denne måten, tar vi forbehold om at bør utredes ytterligere dersom modell 2 blir aktuell.

Alternativt vil vi peke på at det eventuelt kan vurderes om det er tilstrekkelig at beregningene som gjøres i modell 2 hos Helfo skjer på et mer overordnet aktivitetsnivå, litt mer tilsvarende som i ISF, og ikke på enkeltpasientnivå. Vi vil for det tilfelle peke på pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b som en bestemmelse hvor det kan etableres et rettslig grunnlag for Helfo for å motta opplysninger som ledd i å foreta økonomisk oppgjør på dette nivået. For at Helfo skal motta informasjonen de trenger fra fristbruddleverandørene, må også et unntak fra taushetsplikten i et slikt alternativ etableres i § 2-2 b. For at modellen skal kunne gjennomføres, medfører dette følgelig lovendringer. Det må i så fall også vurderes nærmere om et slikt alternativ like fullt oppnår målsetningen i oppgjørsløsningen om å sikre kontroll med betalingsstrømmene i fristbruddordningen. Dersom kontrollbehovet tilsier at man må kunne kontrollere aktiviteten hos fristbruddleverandøren for hver enkelt fristbruddpasient, vil dette alternativet mest sannsynlig ikke være så aktuelt.

4.7.5 Helfo beregner pris og utbetaler til fristbruddleverandøren

Helfo skal deretter kunne beregne prisene som skal utbetales til den enkelte fristbruddleverandøren. I Helfo vil sammenstillingen av data måtte skje gjennom en manuell arbeidsprosess. I tillegg til den rent praktiske sammenstillingen må Helfo også beregne pris og utbetale til leverandøren.

Når Helfo har foretatt beregningen utbetales vederlaget til fristbruddleverandøren. Det må avklares nærmere hvilken form for dokumentasjon av DRG-grunnlaget som kan utleveres til leverandøren slik at leverandøren gis mulighet til å kontrollere at utbetalingen er riktig.

4.7.6 Det økonomiske oppgjøret mellom Helfo og RHF

Det økonomiske oppgjøret mellom Helfo og sykehus, vil være relativt likt for de ulike oppgjørsløsningene. Helfo skal fakturere RHF/HF for den aktiviteten som fristbruddleverandøren har fått betalt for. Helfo må dermed få denne informasjonen enten fra fristbruddleverandøren eller fra NPR. Det må avklares nærmere hvordan Helfo skal få tilgang til denne informasjonen.

I likhet med de andre oppgjørsløsninger må det utarbeides en oppgjørsavtale mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetak.

4.7.7 Helsedirektoratets vurdering av denne oppgjørsløsningen

Denne oppgjørsløsningen baserer seg på at Helfo mottar DRG-data fra NPR, men at dette skjer på en slik måte at utleveringen skjer i samsvar med NPR-forskriften § 3-2. Utleveringen av data vil dermed skje innen rammene av dagens regelverk, og det vil ikke være behov for at det gjøres endringer i helseregisterloven eller NPR-forskriften.

Siden Helfo ikke vil kunne beregne prisen basert kun på informasjonen fra NPR, vil modellen forutsette at Helfo på annet vis vil måtte få opplysninger om hvilken pasient som DRG-grunnlaget gjelder og hva slags helsehjelp som er gitt. Det er ingen andre enn fristbruddleverandøren som sitter på denne informasjonen og det er derfor fristbruddleverandøren som må avgi dette til Helfo. Dagens regelverk hjemler ikke en slik utlevering, og denne oppgjørsmodellen bygger derfor på en forutsetning at nødvendige hjemler etableres, se punkt 4.5.2. Informasjonen som mottas fra fristbruddleverandøren må kunne sammenstilles av Helfo, som beregner pris, utbetaler til leverandøren og fakturer sykehuset som skal betalte for helsehjelpen.

Helsedirektoratet har ikke gjort en vurdering av hvilke innholdselementer som må følge utleveringen av data fra fristbruddleverandøren til Helfo, og dette må utredes nærmere for å se om, og eventuelt hvordan, dette kan innrettes.

Modellen medfører noen utfordringer knyttet til fristbruddleverandørens behov for å få dokumentasjon for hva som ligger til grunn for det som utbetales. Helfo vil kunne vedlegge informasjon om den beregningen NPR har gjort, og Helfo vil også kunne vise til egne beregninger. Men utfordringene oppstår når leverandøren stiller spørsmål ved den beregningen som er gjort av NPR. NPR vil ikke ha noen rolle i å svare ut spørsmål fra fristbruddleverandørene om beregninger som er gjort i oppgjørsløsningen for den enkelte pasient. Denne modellen vil dermed kunne røkke ved de oppgavene og det ansvaret NPR har i forvaltningen av et sentralt helseregister.

Modell 3: Helfo mottar krav og DRG-beregninger fra fristbruddleverandøren

Modell 3 bygger på at fristbruddsleverandøren sender aktivitetsdata til NPR, som foretar DRG-beregninger basert på innsendte aktivitetsdata. NPR sender sine DRG-beregninger til fristbruddleverandøren. Fristbruddleverandøren fremmer deretter krav om økonomisk vederlag til Helfo, som beregner hvor mye fristbruddleverandøren skal ha utbetalt. Helfo sender deretter betalingskrav til HF-et.



4.8.1 Fristbruddleverandøren rapporterer aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR)

Denne oppgjørsmodellen bygger på at fristbruddleverandøren rapporterer aktivitetsdata til NPR i samsvar med NPR-forskriften § 2-1. I dag sender NPR ut en kvittering som bekreftelse på at NPR har mottatt aktivitetsdata. Av denne fremgår i dag ikke annet enn at data er mottatt hos NPR. Dette er likt som i modell 1 og 2 beskrevet over.

4.8.2 NPR grupperer dataene i Diagnoserelaterte grupper (DRG)

Basert på de rapporterte dataene, plasseres hver episode i en spesifikk DRG. Hver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det gjennomsnittlige ressursforbruket for pasientgruppen. Grupperingen skjer automatisk basert på de rapporterte dataene, og fristbruddleverandørene vil ikke selv kunne velge hvilken DRG en pasient plasseres i. Dette er likt som i modell 1 og 2.

4.8.3 NPR sender DRG-grunnlaget til fristbruddleverandøren

Når NPR har foretatt DRG-beregningen, sendes dette tilbake til fristbruddleverandøren. Formålet er at fristbruddleverandøren skal videreformidle dette grunnlaget slik at Helfo kan beregne prisene. I denne modellen skjer det dermed ingen datautveksling mellom NPR og Helfo.

Helsedirektoratet må sammen med NPR arbeide videre med å avklare hvordan denne oversendelsen kan skje på sikkert vis, og med nødvendige innholdselementer som kan følge kravet når det sendes til Helfo. Det er mulig det kan benyttes en løsning som bygger på samme elementer som overføring av DRG-data fra NPR til Helsedirektoratet.

4.8.3.1 Juridisk vurdering av modell 3

Dersom NPR skal sende DRG-grunnlaget de gjør tilbake til fristbruddleverandørene, vil formålet med denne tilgjengeliggjøringen være at fristbruddleverandørene skal kunne bruke opplysningene som grunnlag for å få økonomisk oppgjør for behandlingen av den enkelte pasient. Det er ikke et rettslig grunnlag for at NPR kan tilgjengeliggjøre DRG-beregninger i dag til den enkelte virksomhet som yter helsehjelp. Formålet med en slik tilgjengeliggjøring vil være å foreta økonomisk oppgjør på enkeltnivå, som ligger innenfor pasientjournallovens formål. Formålet vil derfor falle utenfor de såkalte sekundærformålene som helseregisterloven og NPR-forskriften regulerer, se nærmere omtale i [punkt 4.6.3.1](#). Det vil ikke være adgang til å utgi opplysninger til dette formålet i dagens regelverk, og å etablere slike bestemmelser vil i prinsippet bryte med helseregisterlovens og NPR-forskriftens formål. Denne oppgjørsordningen vil derfor kunne forutsette endringer i helseregisterloven og i NPR-forskriften. NPR vil imidlertid, innenfor dagens regelverk, kunne utgi opplysninger fra fristbruddsleverandøren etter søknad, dersom formålet er såkalte sekundærformål som planlegging, styring mv.

Dersom fristbruddsleverandøren får tilgang til DRG-beregningene, kan Helfo få tilgang til opplysningene. Dette kan reguleres i forskrift til pasientjournalloven § 11 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b andre ledd.

Modell 3 som oppgjørsløsning vil kunne forutsette endringer i helseregisterloven og NPR-forskriften. Fristbruddsleverandøren kan etter dagens regelverk ikke få tilgang til DRG-beregninger til formål å beregne økonomisk oppgjør på enkeltnivå. Dette vil i prinsippet bryte med NPRs formål som et helseregister med sekundærformål. I likhet med modell 1, vurderer vi at oppgjørsordningen bør reguleres i forskrift til pasientjournalloven.

4.8.4 Fristbruddleverandøren sender krav til Helfo som beregner pris og utbetaler

Modellen legger videre opp til at fristbruddleverandøren skal fremme sitt krav om økonomisk vederlag til Helfo. Dette skjer med utgangspunkt i DRG-grupperingen som NPR har foretatt. Vedlagt dette kravet må det følge DRG-grunnlaget som leverandøren har mottatt fra NPR. Kravet kan også tenkes å ha andre innholdselementer av kontrollformål. For eksempel må kravet inneholde tilstrekkelig informasjon til å kunne avklare at pasienten er en fristbruddspasient og hvilket HF som skal bære kostnadene. Formålet med oversendelsen er at Helfo skal gis tilstrekkelig informasjon til å beregne prisen for den utførte aktiviteten. Gjennomføring av dette steget i modellen forutsetter imidlertid at NPR har adgang til å utgi DRG-grunnlaget til fristbruddleverandøren, som drøftet i punktet over.

Modell 3 bygger, i likhet med modell 2, også på at Helfo mottar opplysninger om helsehjelpen til den enkelte pasient fra fristbruddleverandørene. De juridiske vurderingene i modell 2 er også aktuelle for adgangen til at fristbruddleverandøren kan sende kravet sitt til Helfo i modell 3. Det betyr at fristbruddleverandøren sender disse opplysninger til Helfo i samsvar med etablert et unntak fra taushetsplikt med hjemmel i pasientjournalloven § 11 og tilhørende forskrift.

Helsedirektoratet har ikke vurdert hvordan selve innsendingen skjer på den mest hensiktsmessige måten. Bruk av KUHR kan være aktuelt, men det antas å kunne være noen begrensninger i muligheten til å beregne selve utbetalingen i KUHR. Det må derfor gjøres en nærmere vurdering av hvordan dette best kan innrettes.

Helfo må, med utgangspunkt i DRG-grunnlaget som NPR har angitt og som fristbruddleverandøren har sendt til Helfo, beregne hvor mye som skal utbetales til leverandøren. Helsedirektoratet legger til grunn at det må beregnes riktig beløp for hvert enkelt tilfelle. Hvor mye som skal utbetales til den enkelte

fristbruddleverandør vil baseres på prisene som er angitt i hver enkelt avtale som Helfo har inngått, og vil være angitt som en prosent av DRG-beregningsgrunnlaget. Hvordan denne prisberegningen skjer er omhandlet i [deloppdrag 1](#).

Når Helfo har foretatt beregningen utbetales vederlaget til fristbruddleverandøren. En oversikt som viser Helfos utregning basert på dataene fra NPR, følger naturlig med utbetalingen. Dette vil også gjøre det mulig for leverandøren å henvende seg til Helfo med spørsmål om hvordan beregningen har skjedd og kunne komme med tilbakemeldinger på ting som måtte være feil.

4.8.5 Det økonomiske oppgjøret mellom Helfo og RHF

I likhet med modell 1 og 2, skal Helfo fakturere RHF/HF for den aktiviteten som fristbruddleverandøren har fått betalt for. Helfo må dermed få denne informasjonen enten fra fristbruddleverandøren eller fra NPR. I modell 3, antar Helsedirektoratet det enkleste vil være at dette fremkommer av kravet som sendes til Helfo, og da vil det også kunne fremkomme hvilket sykehus som er fristbruddinstitusjon.

I likhet med de andre oppgjørsløsninger må det utarbeides en oppgjørsavtale mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetak.

4.8.6 Helsedirektoratets vurdering av modell 3

I modell 3 inngår Helfo avtaler med fristbruddleverandørene. Fristbruddsleverandøren sender aktivitetsdata til NPR, og NPR sender sine DRG-beregninger til fristbruddsleverandøren. Fristbruddsleverandøren sender krav til Helfo, som utbetaler til fristbruddsleverandøren og fakturerer HF-et.

I denne modellen må NPR gis et rettslig grunnlag for å utgi DRG-beregninger til fristbruddsleverandøren. En slik tilgjengeliggjøring av opplysninger fra NPR, til formål å understøtte en økonomisk oppgjørsordning på enkeltnivå, mener vi i prinsippet vil bryte med NPRs formål som et helseregister med sekundærformål. For å kunne realisere denne oppgjørsmodellen vil det kunne være behov for å endre NPR-forskriften og helseregisterloven.

Vi legger til grunn at en oppgjørsordning i fristbruddsordningen bør reguleres i forskrift til pasientjournalloven § 11, og ikke forutsette endringer i helseregisterloven. Pasientjournalloven har blant annet til formål å regulere økonomisk oppgjør til den enkelte pasient. Dersom NPR som et sentralt helseregister skulle utgi opplysninger til en økonomisk oppgjørsordning, ville det bidra til å endre på prinsippet om at de sentrale helseregistrene skal regulere såkalte sekundærformål.

Modell 1, 2 og 3 – fristbruddleverandørens tilgang til DRG-grupperingene

I disse tre alternative oppgjørsmodellene er DRG-grupperingen et grunnleggende element når Helfo skal beregne prisen for tjenesten og hvor mye fristbruddleverandøren skal få utbetalt. Det kan derfor ikke

utelukkes at leverandøren vil kunne rette innsigelser mot den grupperingen eller beregningen av DRG NPR har gjort. Det må derfor avklares hvordan eventuelle spørsmål og klager skal håndteres. Det må også avklares hvilken informasjon om grupperingen og beregningen leverandøren har et behov for å motta.

Dersom fristbruddleverandøren har innsigelser mot beregningen av DRG, må det tas stilling til om disse innsigelsene skal rettes direkte mot NPR, eller at det rettes til Helfo som deretter løfter dette til NPR.

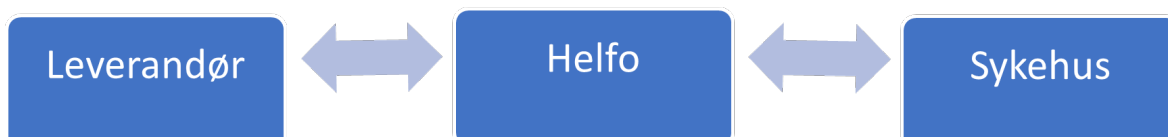
Dersom leverandøren har spørsmål om prisberegningen Helfo har foretatt, vil dette kunne rettes mot Helfo. Siden prisen baseres på DRG-grunnlaget vil Helfo ikke kunne besvare spørsmål om DRG-grunnlaget på annet enn generelt grunnlag. Konkrete spørsmål vil i praksis måtte avklares av NPR som har foretatt beregningen. I modell 2 har NPR kun utlevert opplysningene primært til drift- og utviklingsformål, såkalte sekundærformål, og har ikke hatt et ansvar for prisberegning på enkeltnivå. NPR vil kunne besvare henvendelser om beregninger som er gjort for sekundærformålet, dvs. grunnlaget for beregningene som er gjort for drift- og utviklingsformål. NPR har imidlertid ingen rolle eller et ansvar for å besvare spørsmål som knytter seg til den videre behandling av opplysningene som Helfo har foretatt, og som har betydning for fristbruddsleverandørens krav om økonomisk oppgjør på individnivå. Dersom NPR skulle besvart spørsmål til oppgjørsordningen på individnivå, kan det innebære at NPR får en ny forvaltningsmessig rolle som ikke samsvarer med det samfunnsoppdraget NPR har. Det er lagt til grunn at NPR ikke har et rettslig behandlingsgrunnlag for å behandle og utgi DRG beregninger for primærformål. En oppfølging av et slikt ansvar, ved å skulle besvare enkelthenvendelser om enkeltoppgjør, vil i prinsippet være utenfor NPRs oppgaver som et sentralt helseregister.

Til sammenlikning er det etablert rutiner for spørsmål om ISF. Rutinene innebærer at RHF først tar kontakt med finansieringsavdelingen i Helsedirektoratet (som beregner ISF), som deretter tar kontakt med NPR om klagen angår håndteringen av data i NPR. Helsedirektoratet antar samme rutine også kan legges til grunn ved fristbrudd, ved at fristbruddleverandøren kontakter Helfo, og så er det eventuelt Helfo som tar kontakten med NPR. Ved en slik rutine vil det ikke være noen direkte kontakt mellom fristbruddleverandøren og NPR. Dersom en tilsvarende rutine også legges til grunn på fristbruddområdet, må grensesnittet mellom FHI og Helsedirektoratet reguleres gjennom avtale.

Modell 4: Helfo mottar krav fra fristbruddleverandøren (avtalte priser)

Helsedirektoratet har i tråd med oppdraget sett på muligheten til å benytte en oppgjørsløsning hvor leverandøren sender sitt krav til Helfo, som utbetaler og deretter krever tilsvarende beløp tilbake fra det sykehuset som skal betale for helsehjelpen. Modell 4 skiller seg fra modell 1, 2 og 3 ved at det er avtalt konkrete priser for konsultasjonene og prosedyrene. Dermed blir de fleste stegene i oppgjørene annerledes enn i de foregående modellene.

Som det ble vist til i rapporten fra 2023, kan en slik løsning innrettes med ulik grad av kontroll. Det ble der skissert en enkel løsning som kun gav større innsikt i økonomien innenfor fristbruddordningen, men ingen kontroll. Dersom Helfo skal kunne utføre større grad av kontroll, ble det vist til behovet for at regelverket endres. En løsning som tilrettelegger for dette ble i fjorårets rapport beskrevet som alternativ 2, og tilsvarer også i praksis oppgjørsløsningen knyttet til godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg. Modell 4 tilsvarer altså det som i forrige rapport ble omtalt som alternativ 2.



- Leverandøren sender krav til Helfo
- Mottar betaling fra Helfo

- Helfo mottar krav fra leverandøren
- Kontrollerer og utbetaler
- Fakturerer sykehuset

- Sykehuset mottar faktura
- Sykehuset betaler den mottatte fakturaen

I det følgende gis det først en redegjørelse av oppgjørsløsningen som ble benyttet for godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg. Deretter gjøres en vurdering av om samme løsning kan egne seg for fristbruddområdet.

4.10.1 Fritt behandlingsvalg – oppgjørsløsning

4.10.1.1 Nærmere om ordningen

Ordningen fritt behandlingsvalg var en ordning hvor private virksomheter etter godkjenning kunne tilby spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Helfo var delegert myndighet til å fatte vedtak om godkjenning og følge opp virksomhetene. Ved brudd på vilkårene for godkjenning kunne Helfo trekke godkjenningen tilbake.

Virksomhetene sendte krav om vederlag til Helfo, som etter en automatisk kontroll av kravet utbetalte vederlag til virksomheten. Helfo viderefakturerte det HF-et hvor pasienten var bosatt. Ordningen fritt behandlingsvalg var begrenset til nærmere definerte tjenester, og det var kun disse tjenestene virksomhetene kunne få godkjenning til å utføre mot betaling fra staten. Det var satt en spesifisert pris for hver enkelt tjeneste.

Ordningen var forskriftsfestet i *Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten* (FOR-2015-10-29-1232) – FBV-forskriften. Forskriften var gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Ordningen ble avviklet med virkning fra 1.1.2023.

4.10.1.2 Kontroll av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret

Ordningen bygget på en forutsetning at de godkjente virksomhetene skulle fremsette sine krav til Helfo, som i forskriftens § 9 var gitt vidtgående hjemler for å kontrollere kravene om vederlag:

§ 9. Innhenting av opplysninger for kontroll

Helfo har rett til å innhente opplysninger som er nødvendig for å kontrollere om vilkårene for utbetaling av oppgjør for en tjeneste -er oppfylt eller har vært oppfylt i tilbakelagte perioder. Opplysningene kan innhentes fra ansatte i virksomheten, helsepersonell som har ytet helsehjelp til pasienten og fra pasientens journal. Den som blir pålagt å gi opplysninger, plikter å gjøre dette uten godtgjørelse og uten hinder av taushetsplikt. Innhenting av opplysninger etter bestemmelsen i dette leddet omfatter ikke innhenting av fullstendig pasientjournal. Dersom forhold ved virksomheten gir grunnlag for å anta at urettmessige utbetalinger til virksomheten har forekommet eller kan forekomme, kan Helfo kreve innsyn i fullstendig pasientjournal.

Bestemmelsen hjemlet både en kontroll av kravene før utbetaling og etterfølgende kontroll, og var bygget opp etter mal av kontrollhjemlene til folketrygdloven kapittel 5. F.eks. kunne Helfo innhente fullstendige

journaler for å kontrollere om behandling hadde skjedd eller hva slags behandling som var utført. Derimot hjemlet bestemmelsen ikke en kontroll av om det var gitt forsvarlig helsehjelp eller ikke, da dette er et forhold som ligger til tilsynsmyndighetene å vurdere.

De mottatte oppgjørskravene ble automatisk behandlet i Helsedirektoratets/Helfos oppgjørssystem KUHR, hvor kravene ble vurdert opp mot fastsatte regler. Hver tjeneste i ordningen var gitt en egen FBV-kode med tanke på oppgjør som korresponderte til prosedyrekoder som var gitt i forskrift.

Tjeneste	Diagnosekode	Prosedyre
Hjerteutredning hos spesialist inkludert arbeid-EKG		POFE50 Arbeids-EKG
Hjerteutredning hos spesialist inkludert ultralyd hjerte		SFY0HK Fullstendig ekkokardiografi FY0LK Transøsofageak ekkokardiografi SFY0GK Enkel ekkokardiografi

FBV-koden og prisen for tjenesten var ikke gitt i forskriften, men i et eget prisdokument fastsatt av Helsedirektoratet med hjemmel gitt i FBV-forskriften § 11.

Kravene ble sendt elektronisk til Helfo og hadde følgende innholdselementer:

- Leverandør-ID
- Avdelingsnavn
- RESH
- Antall regninger
- Sum Krav
- RegningNr
- Betalt egenandel (har pasienten betalt egenandelen eller ikke)
- Korrigering (har pasienten betalt egenandelen i ettertid)
- Kreditering (er regningen en kreditering av tidligere innsendt regning)
- Dato og klokkeslett for utført behandling
- Pasientens identifikasjon og type identifikasjon (FNR/DNR/UID...)
- Pasientens navn
- Pasientens kjønn
- Pasientens nasjonalitet
- EØS-dokumentasjon
- Kode egenandel (kode for årsak til at pasienten har fri egenandel)
- Diagnoser
- Takstkoder
- RettighetsvurdertAv (org.nr. til enheten som har rettighetsvurdert pasienten)
- RettighetsvurdertDato (dato for når rettighetsvurderingen ble foretatt)
- Prosedyrekode og kodeverk for prosedyrekode (NCSP, NCMP, NCRP)
- Takstkode, beløp og antall av taksten
- Sum krav for regningen

Etter at kravet var mottatt og behandlet i KUHR, viderefakturerte Helfo det sykehuset som skulle bære kostnaden. Sykehuset betalte til Helfo i henhold til mottatt faktura. For å unngå statlig mellomfinansiering, skjedde utbetaling fra Helfo til FBV-leverandørene noe forsinket, slik at faktura som regel var betalt av sykehuset til Helfo før Helfos utbetaling til FBV-leverandøren.

Oppgjørsordningen mellom Helfo og RHF/HF var regulert i en egen avtale.

Sykehuset fikk ikke tilgang til annen informasjon enn hva som var påført den tilsendte fakturaen. Eksempelet er en faktura Helfo har sendt til Helse Møre og Romsdal, og viser innholdselementene på fakturaene:

Helfo

Postboks 2415

3104 TØNSBERG

Helse Møre og Romsdal HF

Fakturamottak Postboks 2620

6405 MOLDE

FAKTURA

Fakturanr: 71945912

Fakturadato: 16.12.2023

Forfallsdato: 05.01.2024

KID: 1419324590719459125

Kundenr: 41932459

Ordrenr: 82323

Side: 3 / 3

Deres referanse: FBV-HELFO

Bestillingsnummer: FBV-HELFO

Vår referanse: 100008976164855

Org.nr.	Leverandør	Beh.mnd	RESH-kode	Avdeling	Pas.id	Komnr.	EnkeltregningID	Vedtaksdato	Funksjon	Krediteringsref.	Status	Beløp	
918311556	Stiftelsen Fekjær	11.2023	4214141	Stiftelsen Fekjær	101607626	1507	100008963921968	16.12.2023	641		Godkjent	4 700,00	
MVA sats:	0%	MVA gr.lag:	79 900,00	MVA beløp:	0,00							Sum:	79 900,00
												Sum i NOK	79 900,00

Eksempelet er fra døgnbehandling hvor prisen pr. døgn er kr. 4 700. Totalbeløpet angir antall døgn for den gitte tidsperioden. Fakturaene vil være tilsvarende for somatikk. Når godkjenningsordningen ble innført i 2015 ble det lagt til grunn at dette var informasjon som HF-ene trengte for å oppfylle de bokførings- og regnskapslovgivningens krav. Det ble vurdert at reglene om personvern ikke var til hinder for en slik løsning. Som det framgår av fakturaen ovenfor, mottok sykehusene begrenset informasjon om grunnlaget for faktureringen.

FBV-forskriften inneholdt ingen egne hjemler for at Helfo kunne foreta tilbakekreving av feilutbetalt vederlag. Men det ble lagt til grunn at en slik tilbakekreving kunne skje med hjemmel i prinsippet om *condictio indebiti* [4]. Hjemmel for tilbakekreving kunne muligens også vært gitt i FBV-forskriften.

De godkjente virksomhetene var forpliktet til å rapportere aktivitetsdata til NPR. I FBV-ordningen var det imidlertid ingen kobling mellom rapporterte aktivitetsdata til NPR og hva som ble utbetalt fra Helfo til leverandøren.

4.10.2 Oppgjørsløsning for fristbrudd – med utgangspunkt i løsningen for fritt behandlingsvalg

En oppgjørsløsning som baseres på at fristbruddleverandøren sender sine krav om vederlag til Helfo vil innebære følgende prosesser.

- Leverandøren sender sine krav til Helfo
- Helfo mottar kravet
- Helfo kontrollerer kravet
- Helfo utbetaler til leverandøren
- Helfo fakturerer sykehuset
- Sykehuset mottar fakturaen
- Sykehuset utbetaler til Helfo.



I rapporten fra 2023 pekte Helsedirektoratet på at oppgjørssystemet KUHR kan benyttes også til oppgjør på fristbruddområdet. KUHR kan motta og kontrollere oppgjørskrav, og utbetale til fristbruddleverandør. I rapporten viste Helsedirektoratet til to alternative oppgjørsløsninger som kan benytte KUHR, hvor alternativ 1 (pkt. 6.2.1. i rapporten fra 2023) er å anse som en minimumsløsning hvor Helfo ikke mottar annen informasjon enn det som er helt nødvendig for å kunne betale leverandøren og fakturere riktig helseforetak. I alternativ 2 (pkt. 6.2.2.) ble det skissert en løsning hvor Helfo mottar noen flere opplysninger fra fristbruddleverandøren for å kunne foreta kontroll av om fakturaen er rettmessig.

Helfo gjorde en vurdering av hvilke krav som vil følge med fristbruddleverandørens krav når det fremsettes til Helfo for de to alternativene:

	Alternativ 1	Alternativ 2
Frida-nummer lages i saksbehandlerløsningen Frida som Helfo Pasientformidling benytter. Nummeret indikerer at det er avtalt at en pasient skal få behandling hos fristbruddleverandør.	• Navn på fristbruddleverandør • Fridanummer • Kostnad • Ansvarlig helseforetak (på avdelingsnivå)	• Fristbruddleverandør (ident) • Fridanummer • Dato for behandling • Behandlingstakst – prosedyrekode • Kostnad • Personidentifikator (personnummer etc.) • Ansvarlig helseforetak (på avdelingsnivå) • Egenandel

I det følgende legges det derfor til grunn at det er KUHR som skal benyttes til oppgjør med fristbruddleverandørene. Det tas også utgangspunkt i at det er ønskelig med en oppgjørsløsning som gir muligheten til å kontrollere visse elementer av det innsendte kravet – altså en løsning som tilsvarer alternativ 2 i rapporten fra 2023. Etter Helsedirektoratets vurdering svarer dette alternativet ut Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag om økt kontroll av de økonomiske oppgjørene.

En oppgjørsløsning ved bruk av KUHR vil innebære at fristbruddleverandøren sender oppgjørskrav fra sitt journalsystem til Helfo. KUHR utfører en automatisert kontroll av kravet. Krav som avslås/avvises vil kunne gå til manuell saksbehandling. I en slik løsning foregår det ingen dialog om det økonomiske oppgjøret mellom fristbruddleverandøren og helseforetaket. Helseforetaket mottar faktura fra Helfo og betaler til Helfo.

Løsningen vi beskriver nedenfor har betydelige likhetstrekk med oppgjørsløsningen som ble benyttet for godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg.

4.10.2.1 Juridisk vurdering

I likhet med de fire andre modellene forutsetter modell 4 at Helfo har en formell myndighet til å foreta oppgjøret, dvs. at de er rett statlig myndighet som kan foreta økonomisk oppgjør i fristbruddordningen. Dette er redegjort for i punkt 4.5.1, hvor vi vurderer at Helfo har grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 b. Vi vurderer videre at det kan etableres en forskrift i medhold av § 2-2 b andre ledd for nærmere å regulere Helfos ansvar.

Videre krever modell 4 at Helfo som ledd i å foreta oppgjøret skal behandle helseopplysninger om pasientene som er gitt helsehjelp av fristbruddleverandøren. Dette krever at Helfo har et rettslig grunnlag, samt et unntak fra taushetsplikten, for å motta og behandle disse opplysninger til oppgjørsformål. Dette er redegjort for i punkt 4.5.2. Vi vurderer der at pasientjournalloven § 11 gir et rettslig grunnlag for å behandle personopplysninger i en slik oppgjørsmodell som skisseres i modell 4 under. Tredje ledd gir hjemmel til å gi forskrift, som kan gi nærmere bestemmelser om blant annet behandlingen av opplysningene og hvilke opplysninger som kan behandles. Det fremgår av pasientjournalloven § 11 fjerde ledd at taushetsplikt ikke er til hinder for behandlingen av opplysningene, og at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten.

Hvilke opplysninger som vil kunne være relevant for fristbruddleverandøren å gi til Helfo, samt de delelementene en modell 4 består av, redegjøres for i de nedenstående punktene.

4.10.2.2 Fristbruddleverandøren sender krav til Helfo

En oppgjørsløsning ved bruk av KUHR vil innebære at fristbruddleverandøren sender elektroniske oppgjørskrav fra sitt journalsystem til Helfo. Alle fristbruddleverandører vil være i stand til å gjøre dette, da de også i dag rapporterer egenandeler til KUHR. Helsedirektoratet kan derfor ikke se at det foreligger større tekniske utfordringer på leverandørsiden som tilsier at en slik løsning ikke vil kunne benyttes.

KUHR utfører en automatisert kontroll av kravet. Krav som avslås/avvises vil kunne gå til manuell saksbehandling. For at Helfo skal kunne utbetale og føre en viss kontroll, samt fakturere riktig helseforetak, må kravet inneholde følgende elementer (dette er også beskrevet i rapporten fra 2023, men gjentas her):

- Frida-nummer som indikerer at det er avtalt at en pasient skal få behandling hos fristbruddleverandøren.
- Navn på fristbruddleverandør
- Dato for behandling
- Behandlingstakst - prosedyrekode
- Kostnaden/prisen for behandlingen
- Personidentifikasjon (personnummer etc.)

4.10.2.3 Helfo mottar kravene fra leverandørene

Helfo mottar leverandørenes krav om økonomisk vederlag i KUHR. Helsedirektoratet legger til grunn at det vil være mulig å benytte KUHR til disse kravene, selv om det vil være nødvendig å gjøre tilpasninger i KUHR og i behandlerkravmeldingen for å kunne motta disse kravene.

Det må også lages egnede kontrollregler i KUHR for å kunne behandle et nytt fagområde. Det vil være nødvendig å tilpasse rapporter og det må trolig også gjøres endringer i skjermbildene i saksbehandlingssystemet.

4.10.2.4 Helfos kontroll av det mottatte kravet

Et av formålene med å innføre en ny oppgjørsløsning er at det kan gis bedre kontroll med at kravene fra fristbruddleverandørene er rettmessige. I dette ligger at det må kunne gjennomføres en kontroll som i større grad enn dagens løsning sikrer at de krav som utbetales er rettmessige.

Om det oppdages forhold som ikke er i henhold til avtalen, som for eksempel fakturering for ikke utført behandling eller fakturering for noe annet enn den helsehjelpen som har blitt utført, vil Helfo kunne sanksjonere i tråd med de sanksjonsmuligheter som følger av avtalene de har inngått. I dag er sanksjonsmulighetene som er inntatt i avtalene oppsigelse, og andre relevante misholdighetsbeføyelser som heving, retting, erstatning etc. Forutsetningen for det er at det må foreligge et "vesentlig mislighold". Dette er en høy terskel og det er vil ofte bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

For å kunne utføre en kontroll av de innsendte oppgjørskravene må dette rent praktisk innebære at kravet som leverandøren sender til Helfo må ha innholdselementer som kan kontrolleres automatisk i KUHR. Hvilke innholdselementer dette er, avhenger av hva som ønskes kontrollert og hva slags informasjon som det er teknisk mulig å behandle i KUHR. Krav som ikke kommer i konflikt med noen av reglene som er satt i KUHR vil gå til utbetaling, mens krav som kommer i konflikt med reglene vil kunne avises eller gå til manuell oppfølging i Helfo.

Som det også ble beskrevet i rapporten fra 2023 er det visse innholdselementer som kan følge kravet og som etter direktoratets vurdering vil kunne gi en kontroll av de mottatte kravene.

4.10.2.4.1 Informasjon om fristbruddleverandøren

Helfo må motta informasjon om hvilken virksomhet som har behandlet pasienten. Dette for å sikre at:

- Det er en fristbruddleverandør som sender kravet
- Det er en fristbruddleverandør som har utført behandlingen
- Helsetjenesten er innenfor avtalen med Helfo
- At det utbetales til riktig virksomhet

I KUHR kan det legges inn hvilke leverandører som har avtale på de ulike fagområdene. Kravet som Helfo mottar kan kontrolleres opp mot KUHR og avvise eventuelle krav fra leverandører som har fakturert på andre fagområder. Ved å koble opp mot FRIDA-nummerer vil det også kunne legges inn en kontroll i KUHR av at fristbruddleverandøren har mottatt en henvisning som kan utløse en kostnad.

4.10.2.4.2 Dato for behandling

Fristbruddleverandøren rapporterer til Helfo når første møte mellom behandler og pasient fant sted og når behandlingen er ferdigstilt. Det er mulig at det kan lages en regel i KUHR som stopper krav for behandling som kommer i konflikt med denne tidsperioden.

4.10.2.4.3 Behandling

Helfo er avhengig av at de mottar informasjon om hva slags behandling pasienten har mottatt. I KUHR kan det legges inn prosedyrekoder i henhold til de tjenestene leverandørene kan utføre i henhold til avtalen. Helfo lager i dag avtaler om behandling på fagområder. For hvert enkelt fagområde, for eksempel fordøyelse, hjerte etc. så tilhører det prosedyrekoder.

Det er rammen for rettighetsvurderingen og leverandørens avtale som setter grensen for hvilken helsehjelp som kan tilbys av leverandøren. Siden Helfo får varslet helsehjelpen før noen på sykehuset har startet helsehjelpen, vil det overlates til fristbruddleverandørens medisinskfaglige spesialist å vurdere hva

pasienten har behov for, og hva som utgjør nødvendig og forsvarlig helsehjelp for pasienten. Det er derfor ikke uvanlig at en pasient som er henvist til helsehjelp innen ett fagområde, kan ende opp med helsehjelp innen et annet fagområde.

Et eksempel på dette kan være at selv om rettighetsvurderingen veiledende sier fagområde hjertesykdommer, og pasienten formidles til leverandøren som har avtale om dette, er dette ikke til hinder for at leverandøren yter helsehjelp innen fordøyelsessykdommer dersom medisinsk ansvarlig lege vurderer at den tilstanden det er henvist for hører hjemme under det fagområdet. Dette forutsetter imidlertid at den helsehjelpen leverandøren yter er innen rammene av hva avtalen bestemmer.

4.10.2.4.4 Behandlingspris – prosedyrekode

I KUHR kan det legges inn priser for alle de prosedyrekoder en leverandør har avtale om å utføre. Det kan legges inn ulike priser for hver enkelt leverandør. Leverandøren sender et krav om betaling for utført prosedyre, og så vil KUHR automatisk slå opp prisen for denne prosedyren utført hos den konkrete leverandøren. Som sagt antar Helsedirektoratet at det vil være mulig å legge inn regler som gjelder i de tilfellene leverandøren har gitt helsehjelp som ikke omfattes av de prosedyrer som er omhandlet i avtalen.

4.10.2.4.5 Personidentifikasjon og egenandeler

Ved å få inn informasjon som identifiserer den enkelte pasienten vil det kunne kontrolleres at det er den personen som Helfo har formidlet som det kreves økonomisk vederlag for. Dette vil sikre at helseforetakene ikke betaler for pasienter som de ikke skal betale for.

Per i dag rapporterer fristbruddleverandørene egenandeler via KUHR til Helfos løsning for automatisk frikort. Dersom Helfo skal motta oppgjørskrav fra leverandørene, kan innrapportering av egenandeler skje som del av oppgjørskravene, slik det gjøres for andre behandlere. Det forutsetter at pasienten kan identifiseres entydig gjennom for eksempel fødsels-/personnummer.

4.10.2.4.6 Ansvarlig helseforetak

Det må sikres at Helfo mottar informasjon som gjør det mulig å fakturere riktig helseforetak. Vi legger foreløpig til grunn at pasientens bosted avgjør hvilket helseforetak som skal faktureres. Helfo mottar fødsels-/personnummer i kravet fra leverandøren, og bosted kan dermed hentes fra Folkeregisteret. Alternativt kan ansvarlig helseforetak i kravet kobles opp mot henvisningen i Frida.

4.10.2.5 Helfo utbetaler til leverandøren

Utbetalingen av godkjente krav vil skje automatisk gjennom KUHR. Dersom fristbruddleverandøren er uenig med Helfo i beregningen som ligger til grunn for utbetalingen, må innsigelser mot kravet rettes mot Helfo. Tvisteløsningen må skje i de former som avtalen regulerer.

Helfo må også ha disponeringsmyndighet for å utbetale. Grunnlagene vil avhenge av om det skal være en statlig mellomfinansiering eller om Helfo skal utføre oppgaven på vegne av RHF. En løsning kan være som i Fritt behandlingsvalg, at det er en forsinkelse i utbetalingen fra Helfo til leverandøren, for å bidra til at helseforetaket har innbetalt til Helfo før Helfo utbetaler til leverandøren.

4.10.2.6 Det økonomiske oppgjøret mellom Helfo og sykehuset

Helfo skal etter mottak og kontroll av oppgjørskravet, sende faktura til det/de helseforetak som skal bære kostnaden. Helsedirektoratet legger til grunn at det kan benyttes tilsvarende rutiner som ble benyttet ved fritt behandlingsvalg, og en faktura som inneholder tilnærmet samme elementer som ble benyttet i fritt

behandlingsvalg. Det er RHF-et i pasientens bostedskommune som skal dekke kostnader til behandling og reise, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2. Det foreligger fullmakter fra implementeringen av ordningen som sier at faktura skal sendes direkte til den sykehusavdelingen som har meldt fristbrudd, i stedet for å sende det til RHF-et som loven sier.

Helsedirektoratet legger til grunn at de nærmere faktureringsrutiner må avtales mellom Helsedirektoratet og RHF-ene. Direktoratet peker likevel på at fakturering på avdelingsnivå vil gi mer kompleksitet i løsningen ved bruk av KUHR, siden det organisasjonsnummer og avdelingsnavn må fremgå av behandlerkravmeldingen. Fakturering på avdelingsnivå vil trolig være mulig å få til, men det vil være enklere å håndtere om fakturaen skal sendes til sykehuset.

Det må gjøres en nærmere avklaring av hvilken informasjon sykehusene har et behov for og hva som er det rettslige grunnlaget for at sykehusene kan få informasjon dersom dette er taushetsbelagte helseopplysninger om pasientene i fristbruddordningen.

Som for modell 1-3, mener Helsedirektoratet det vil være nødvendig å få på plass avtaler mellom Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene som regulerer rutiner for fakturering og betaling. For modell 4, mener vi at avtalene som ble inngått mellom Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene ifm. Fritt behandlingsvalg kan brukes som et utgangspunkt, men hvor det gjøres nødvendige tilpasninger. Avtalene vil kunne regulere frister for utsending av faktura og betaling, hvor faktura skal sendes og hvordan fakturaen skal utformes.

Dersom Helfo skal betale til leverandøren først, og deretter kreve pengene tilbake fra sykehuset, vil det innebære statlig mellomfinansiering. Innenfor fritt behandlingsvalg, skjedde en forsinket utbetaling til leverandørene, for å forhindre statlig mellomfinansiering. H-resept har en liknende løsning. Vi viser til omtale av statlig mellomfinansiering i punkt 4.13.1.

4.10.2.7 Rapportering til NPR

Fristbruddleverandørene er forpliktet til å rapportere til NPR, men rapporten fra 2023 avdekket store mangler ved rapporteringen.

I henhold til avtalene vil innrapportering til NPR være et av de punktene som Helfo vil følge opp leverandørene på. Mangelfull rapportering vil i ytterste konsekvens kunne være grunnlag for heving av avtalen.

I modell 1, 2 og 3 ivaretas rapportering til NPR gjennom at det er NPR som lager grunnlag for utbetalingene, gjennom DRG-beregning/-gruppering. I modell 3 følger informasjon til Helfo om rapporteringen til NPR fra fristbruddleverandøren selv, og verifiseres derfor ikke med NPR. I modell 4 sender leverandørene sine krav til Helfo. En slik oppgjørsordning vil ikke i seg selv sikre at det også rapporteres til NPR. Det vil kunne legges inn en avkryssingsboks i KUHR hvor leverandøren krysser av for at saken også er rapportert til NPR. Det er i så fall ønskelig med en teknisk løsning hvor dette er en forutsetning for at kravet kan sendes inn til Helfo. Det kan antas en slik positiv bekreftelse i tillegg til å være en påminnelse også vil kunne være "oppdragende" ved at flere velger å rapportere. Samtidig vil det ikke være noe som hindrer at leverandøren krysser av i denne boksen selv om det ikke er rapportert til NPR.

Det bør i forlengelsen av dette vurderes om det bør etableres rutiner for utveksling av opplysninger mellom NPR og Helfo med tanke på å avdekke mangelfull rapportering hos den enkelte leverandør. Men dette vil forutsette at det tilrettelegges for en slik sammenlikning av disse dataene. En slik sammenlikning må ikke nødvendigvis skje på enkeltindividnivå.

En annen mulighet er at kvittering fra NPR følger som underbilag på oppgjørskravet fra leverandøren til Helfo. Detaljene rundt slike løsninger, er ikke vurdert.

For øvrig vises til [deloppdrag 4](#) som omhandler rapportering til NPR.

4.10.2.8 Vurdering av løsningen opp mot økonomireglementet

Tilsvarende oppgjørsløsning benyttes på flere områder, og Helsedirektoratets vurdering er at også på fristbruddområdet vil derfor kravene i økonomireglementet kunne oppfylles.

4.10.3 Helsedirektoratets vurdering av oppgjørsmode ll 4

Opgjørsløsningen vi har beskrevet ovenfor ble benyttet i godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg (FBV). Direktoratet har dermed erfaring med denne.

Løsningen benytter KUHR, og hele kjeden er utprøvd i FBV-ordningen. Videre er det en fordel at KUHR allerede er lagt til rette for en slik løsning, slik at det vil påløpe lite utviklingskostnader. Også løsning for fakturering av sykehusene er utprøvd, og langt på vei allerede på plass.

En ulempe med løsningen da den ble benyttet i Fritt behandlingsvalg, var at sykehusene fikk lite informasjon om grunnlaget for fakturaene. Oppgjørsmode ll 4 gir i seg selv ikke økt transparens for sykehusene med hensyn til hva de betaler fristbruddleverandørene for. Forbedring av denne situasjonen krever regelverksendringer. Se omtale under [deloppdrag 2](#).

Selve oppgjørsløsningen inneholder ikke noe insentiv for at fristbruddleverandørene innrapporterer aktivitetsdata til NPR. Data fra KUHR kan på den annen side benyttes til å sammenlikne hva leverandøren har sendt av oppgjørskrav til KUHR, med hva som er innrapportert til NPR. I FBV-ordningen måtte dette gjøres manuelt, og vi har ikke vurdert automatisering av en slik sammenstilling. Se for øvrig omtale under [deloppdrag 4](#).

Løsningen vil imidlertid gi mer informasjon og styringsdata om fristbruddordningen, sammenliknet med dagens løsning.

Det er en viss risiko med løsningen at det blir statlig mellomfinansiering. Dette ble imidlertid ikke et problem i Fritt behandlingsvalg, i og med at tidsforsinkelsen som var lagt inn i utbetalingene til leverandørene, var tilstrekkelig til at sykehusene som hovedregel hadde betalt inn midlene til Helfo, før Helfo utbetalte til leverandørene. På dette punktet er det ingen forskjell mellom de ulike oppgjørsmode llene.

Det vil være nødvendig med forskriftsending for en slik løsning.

Etter direktoratets vurdering vil løsningen som benyttes i H-resept, og ble benyttet i Fritt behandlingsvalg-løsning, være en hensiktsmessig løsning. Dette er en løsning som er utprøvd og fungerer. Dersom det blir forsinkelser i innbetalingene fra sykehusene, kan det håndteres gjennom dialog mellom partene, og eventuelt justering av avtalene.

[4] Et ulovfestet juridisk prinsipp som brukes i forbindelse med tilbakebetaling av penger som noen har betalt, men som de ikke var rettslig forpliktet til å betale.

Modell 5: Minimumsløsning der Helfo mottar krav fra leverandøren (avtalte priser)

Modell 5 baserer seg på at Helfo mottar og behandler oppgjøret fra fristbruddsleverandøren, og sender faktura til Helseforetaket.

Det kravet som fremmes til Helfo kan inneholde følgende elementer:

- Frida-nummer som indikerer at det er avtalt at en pasient skal få behandling hos fristbruddleverandør.
- Navn på fristbruddleverandør
- Kostnad (beløp som kreves)
- Ansvarlig helseforetak, eventuelt på avdelingsnivå

I rapporten fra 2023 ble det beskrevet en oppgjørsordning hvor fristbruddsleverandøren sender krav til Helfo som utbetaler og viderefakturerer RHF-ene. Denne modellen ble kalt alternativ 1 og er beskrevet i punkt 6.2.1 i 2023-rapporten. Løsningen bygger på at fristbruddsleverandøren sender elektroniske oppgjørskrav til KUHR, men det skal ikke innhentes mer informasjon fra fristbruddsleverandørene enn det gjøres i dag. Det vil innen rammene av denne løsningen ikke være behov for å etablere et rettsgrunnlag for at Helfo skal kunne innhente mer opplysninger med formål enn å kontrollere det økonomiske kravet. Løsningen forutsetter altså, i motsetning til modell 4, ikke at det må gis en forskrift som gir Helfo en kontrollhjemmel. Dette innebærer at Helfo ikke vil ha de samme muligheter til å kontrollere rettmessigheten av kravet som i modell 4.

Denne oppgjørsløsningen bygger i likhet med modell 4 på at det er avtalt priser i avtalene som Helfo har inngått. Det vises til [deloppdrag 1](#) hvor dette er nærmere omhandlet.

RHF-ene har allerede en rettslig adgang til å motta slike opplysninger fra fristbruddsleverandøren. I prinsippet kan en slik oppgjørsordning dermed etableres på bakgrunn av at RHF-ene inngår en databehandleravtale med Helfo for at de skal forestå oppgjøret på RHF-enes vegne. Dette ble skissert i forrige rapport i Alternativ 1.

I Modell 5 legger vi imidlertid til grunn at Helfo, som den rette statlige aktøren som har adgang til å foreta oppgjør i fristbruddordningen, mottar opplysninger fra fristbruddsleverandøren og foretar oppgjøret i fristbruddordningen i kraft av egen forvaltningsrolle. Slik vi ser det, kan det legges til grunn at Helfo, i kraft av sin myndighet som statlig aktør til å foreta oppgjør i fristbruddordningen, har et tilstrekkelig rettslig behandlingsgrunnlag for å motta opplysningene fra fristbruddsleverandøren.

Som beskrevet i [punkt 4.5.1](#), har Helsedirektoratet foretatt en nærmere vurdering av muligheten til at Helsedirektoratet utfører det økonomiske oppgjøret med fristbruddsleverandørene. Helsedirektoratet legger til grunn at pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven åpner opp for at Helsedirektoratet ved Helfo i dag er den rette statlige aktøren som kan foreta økonomisk oppgjør innenfor lovens rammer slik fristbruddordningen ble etablert. I dette ligger også en myndighet til å forskuttere oppgjøret med fristbruddsleverandørene, og kreve refusjon fra de regionale helseforetakene.

Under forutsetning av at Helsedirektoratet har denne myndigheten vil Helsedirektoratet kunne delegere denne oppgaven til Helfo, slik at Helfo, i tillegg til å inngå avtaler med fristbruddsleverandører og formidle pasienter, også vil kunne få forvaltningsansvaret for å foreta de økonomiske oppgjørene.

I fjorårets rapport ble det lagt til grunn at Helfo ikke kunne anses å ha et rettslig behandlingsgrunnlag for å motta og behandle helseopplysninger etter gjeldende rett, fordi Helfo ikke hadde en tydelig forvaltningsrolle

i regelverket. Det ble vist til Personvernforordningens krav til et rettslig behandlingsgrunnlag, at behandling av personopplysninger som helseopplysninger krever et tydelig rettslig grunnlag i nasjonal rett. I fjorårets rapport ble det lagt til grunn at helselovgivningen ikke ga Helfo et slikt tydelig rettslig grunnlag for å behandle helseopplysninger i en oppgjørsordning.

Modell 5 forutsetter at Helfo, i kraft av sin myndighet som rett statlig aktør, har et tilstrekkelig rettslig grunnlag for å behandle helseopplysninger i oppgjørsordningen. På bakgrunn av vurderingen av at Helfo er rett statlig aktør til å utføre oppgjøret i fristbruddsoppdraget, legger vi til grunn at Helfo også kan motta og behandle fakturaopplysninger fra fristbruddsleverandøren. Vi viser til at opplysningene Helfo skal motta, i tillegg til de opplysningene de allerede har, kun er kostnaden fra fristbruddsleverandøren. Dette vil slik vi ser det ikke være inngripende for personvernet til den enkelte at Helfo får tilgang til i oppgjørsløsningen.

Dersom Helfo imidlertid skal ha tilgang til flere opplysninger, og sammenstille disse med opplysninger i avtalene med fristbruddsleverandørene, som i modell 4, vil det kunne kreves at dette reguleres i forskrift.

Selv om det i KUHR vil kunne settes regler som kravet vurderes opp mot, vil det i denne løsningen i praksis ikke settes regler. Løsningen kan legge opp til en kobling mot FRIDA, og da vil Helfo kunne kontrollere kravet opp mot Frida-nummeret slik HF-ene gjør i dag, men ikke innhente ytterligere opplysninger om kravet. Kontroll av oppgjørskravene vil dermed ikke bli bedre enn sykehusenes kontroll med oppgjørskrav i dag.

Regnskapsløsningen som benyttes på andre fagområder vil kunne gjenbrukes slik at Helfo samler opp krav fra ulike leverandører og sender kravene til HF-ene som innbetaler, deretter utbetales kravet til leverandørene. På denne måten unngås statlig mellomfinansiering. For å få en oversikt over hvilke kostnader dette gir og hvilket HF som belastes vil det kunne utvikles rapporter i KUHR, eksempelvis aggregerte og anonymiserte statistikkrapporter.

Velger man en løsning som skissert i modell 5 vil fristbruddordningen skille seg fra Helfos øvrige oppgjørsløsninger. Andre oppgjørsløsninger utgjør både løpende kontroller av innsendte krav og etterkontroll som en nødvendig del av oppgjørsløsningen, der rammene for kontroll er regulert gjennom lov, forskrift, delegasjon og interne retningslinjer/instruks. Uten endringer i hjemmelsgrunnlaget vil ikke Helfo ha mulighet til å kontrollere rettmessigheten av fristbruddsleverandørens innsendte krav og vil heller ikke kunne innhente ytterligere opplysninger. Dersom Helfo skal ha en oppgjørsordning og kontrollere oppgjørskrav, må det derfor etableres en tydelig hjemmel for dette slik dette er beskrevet i oppgjørsmødel 4.

Helsedirektoratet viser til at selv om modell 5 har vesentlige begrensninger knyttet til mulighetene til å kontrollere de mottatte kravene, er det likevel noen fordeler med en slik løsning. For det første vil det gi en samlet oversikt over økonomien i fristbruddordningen, både med tanke på hvor mye som utbetales til fristbruddsleverandørene og hvor mye som faktureres sykehusene. Det vil også være mulig, på et aggregert nivå, å si noe om behandlingsaktiviteten hos fristbruddsleverandøren. Et annet sentralt element er at det økonomiske oppgjøret vil skje mellom avtalepartene.

Den viktigste grunnen til å etablere en slik løsning vil likevel etter Helsedirektoratets vurdering være at denne oppgjørsløsningen vil kunne etableres i løpet av kort tid. Det vil i liten grad være behov for teknisk utvikling og løsningen vil kunne benyttes også på gjeldende avtaler med fristbruddsleverandørene.

I likhet med de andre modellene som er skissert vil det være behov for å inngå avtale med RHF-ene som omhandler rutiner for fakturering.

Denne oppgjørsløsningen sikrer i seg selv ikke at fristbruddsleverandøren rapporterer aktivitet til NPR, da rapportering til NPR ikke er en forutsetning for at Helfo foretar utbetalingen til fristbruddsleverandøren.

Rapporteringen må derfor, på samme måte som i modell 4 forsøkes sikret på annet vis. Se nærmere i [deloppdrag 4](#) hvor rapportering til NPR omhandles. Siden Helfo i modell 5 ikke mottar informasjon i KUHR om hvilken aktivitet leverandøren har utført, vil Helfos muligheter til å følge opp leverandørens innrapportering til NPR være svakere i modell 5 enn i modell 4.

Etter Helsedirektoratets vurdering er det noen forhold som taler for at det kan være hensiktsmessig å innføre modell 5. Oppgjørsløsningen har begrensninger med tanke på å kontrollere kravene, men kan også gi bedre oversikt over økonomien i ordningen. Helsedirektoratet viser samtidig til at dersom denne løsningen skal innføres bør den ikke innføres som en varig løsning, men heller som en midlertidig løsning i påvente av nødvendige regelendringer som gjør det mulig med en av de øvrige oppgjørsløsningene.

Avtale mellom FHI og Helsedirektoratet

Modell 1 og 2 bygger på en forutsetning at det skal sendes informasjon fra FHI til Helfo.

I modell 3, 4 og 5 sendes det ikke informasjon fra NPR til Helfo, men det kan tenkes at Helfo har et behov for å kunne kontrollere at fristbruddleverandørene har rapportert til NPR for den aktiviteten de krever økonomisk vederlag for.

Det vil derfor etter Helsedirektoratets vurdering være nødvendig at det inngås avtale mellom Helsedirektoratet og FHI om hvilke data som skal utleveres til fastsatt tid. Videre må det også i avtalen inntas de mer praktiske sider ved samarbeidet og overføring av opplysninger.

Øvrige forhold – felles for alle oppgjørsmodeller

4.13.1 Statlig mellomfinansiering

Oppgjørsløsningene som er beskrevet i dette kapittelet bygger på at Helfo skal utbetale til fristbruddleverandøren, og at Helfo skal kreve et tilsvarende beløp tilbake fra det sykehuset som skal betale for helsehjelpen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd inneholder en forutsetning om at en annen norsk myndighet kan forskuttere beløp overfor norske tjenesteytere. I dette ligger også en myndighet til å forskuttere oppgjøret med fristbruddleverandørene, og kreve refusjon fra de regionale helseforetakene. Den rettslige rammen innebærer at statlig aktør (Helfo) kan betale, og få refusjon (fra sykehuset). Nærmere hvordan dette kan gjøres kan fastsettes i forskrift.

En oppgjørsløsning der Helfo utbetaler til fristbruddleverandøren, og krever midlene tilbake fra sykehuset, kan medføre statlig mellomfinansiering. Mellomfinansiering er i praksis et kortvarig lån, og de nærmere forhold for gjennomføringen må avtales. I avtalen må det blant annet fremgå hva som skal betales av renter, eventuelt betaling av avdrag og hva som blir konsekvensene av manglende betaling.

Direktoratet legger til grunn at som et utgangspunkt bør statlig mellomfinansiering unngås, men vil peke på at dette kan håndteres som i H-reseptløsningen og i fritt behandlingsvalg. I H-reseptløsningen er det ikke avtalesatt statlig mellomfinansiering, men det er avtalesatt en forsinkelse i utbetalingen fra Helfo til

leverandøren med formål å sikre at staten ikke påføres kostnader. I praksis har det vist seg å være en utfordring at HF-ene er forsinket med betaling av fakturaene. For å hindre at apotekene blir økonomisk skadelidende er det etablert en praksis med at Helfo utbetaler innen den fristen som er fastsatt i avtalen mellom RHF-ene og apotekforeningen. En slik ordning medfører at staten påføres kostnader. Dette er en utfordring, siden Helsedirektoratet/Helfo ikke har noen bevilgning på H-reseptområdet, da Helsedirektoratet som beskrevet kun utfører en tjeneste på vegne av RHF-ene. Dette innebærer videre at det ikke er regulert i regelverk eller avtale hva som skjer ved manglende betaling fra sykehusene, og hvordan det utestående eventuelt skal inndrives.

Innenfor Fritt behandlingsvalg, var det avtalesfestet en tilsvarende ordning, og dette ble også lagt som et grunnleggende premiss for oppgjørsordningen. Helsedirektoratet var gitt bevilgningsmyndighet.

Når det sendes utbetalingsoppdrag til utbetalingssystemet kan det legges inn en forfallsdato som er fram i tid. På fritt behandlingsvalg ble det dannet utbetalingsvedtak to ganger pr. måned den 16. og 1. Det ble lagt inn forsinket utbetaling ut ifra denne datoen med en måned. Hvis man sendte inn et krav 15. januar ble vedtak om utbetaling fattet 16. januar, mens utbetalingen ble foretatt 16. februar. I praksis medførte det at staten ikke hadde mellomfinansiering i Fritt behandlingsvalg, eller svært begrenset mellomfinansiering. En tilsvarende regel vil også kunne benyttes på fristbruddområdet.

Dersom det skal tilrettelegges for statlig mellomfinansiering er det etter direktoratets vurdering viktig at det gis et tydelig grunnlag for dette i regelverket og at det mellom partene inngås avtale som ivaretar de forhold som må sikres.

Helsedirektoratet ønsker på generelt grunnlag å vise til at når *et* organ er tillagt finansieringsansvaret og et *annet* er tillagt ansvaret for avtaleinngåelsen og oppgjøret/saksbehandlingen vil det være en risiko for at det oppstår en situasjon hvor den som har finansieringsansvaret nekter å betale fakturaen de har fått tilsendt. Innen fristbruddordningen kan dette tenkes ved at et sykehus unnlater å betale tilsendte fakturaer fra Helfo. Dette har også vært en problemstilling i godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg og på utenlandsområdet innen folketrygden. Områdene skiller seg fra hverandre ved at på utenlandsområdet foretar Helfo en saksbehandling hvor kravets rettmessighet blir vurdert. På fritt behandlingsvalg var det også Helfo som kontrollerte kravene.

4.13.2 Avtale mellom Helsedirektoratet og RHF

Alle modellene bygger på en forutsetning at Helfo skal utbetale til fristbruddleverandøren og fakturere sykehuset som skal bære kostnaden.

Det må utarbeides en oppgjørsavtale mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Det er naturlig å tenke at en slik avtale kan ta utgangspunkt i den avtalen som ble benyttet i oppgjøret i godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg. I avtalen vil det fremgå de nærmere rutiner for blant annet hvilken informasjon som fremgår av fakturaen, frister for utsendelse av faktura og frister for betaling. Det bør også vurderes å omtale hvordan RHF/HF kan varsle Helfo om forhold som kan tenkes å ha betydning for den inngåtte avtalen mellom Helfo og fristbruddleverandøren. Avtalen vil også regulere hvordan tvister skal løses. Uavhengig av denne avtalen vil sykehuset kunne varsle tilsynsmyndighetene dersom de har blitt kjent med forhold som er av slik karakter at det hører inn under Statsforvalteren å kontrollere.

Helsedirektoratet har ikke hatt dialog med RHF-ene om utformingen av en slik avtale.

4.13.3 Transparens og kostnadskontroll

Mye av kritikken mot fristbruddordningen har gått på at sykehusene ikke vet hva de betaler for og om fakturaen er riktig. Ingen av oppgjørsløsningene vil fullt ut trygge sykehusene i at kravene er rettmessige.

Selv om Helfo gis muligheten til å kontrollere en del forhold vil det likevel være forhold knyttet til den helsetjenesten som er gitt som Helfo ikke vil kunne kontrollere. Som eksempel vil ikke Helfo ha hjemmel til å vurdere om fristbruddleverandøren har gitt behandling ut over hva som er medisinsk nødvendig (overbehandling). Dette vil være forhold som eventuelt må vurderes av tilsynsmyndighetene.

Helsedirektoratet har forståelse for at helseforetakene opplever en usikkerhet for at de vil bli påført urettmessige kostnader. Samtidig vil Helsedirektoratet peke på at dersom Helfo skal kunne kontrollere og vurdere helsehjelpen som den enkelte pasient har mottatt vil det innebære at Helfo får en tilsynsrolle som de ikke har på noen andre områder. I likhet med folketrygdens refusjonsordninger vil innretningen på oppgjørsordningene medføre at ordningene i stor grad er tillitsbaserte. I dette ligger en tillit til at de innsendte kravene er korrekte og rettmessige, men også en tillit til at behandler gjør riktige medisinske vurderinger.

For modell 4 og 5, vil det i tillegg være en utfordring at aktivitet som faktureres, ikke nødvendigvis er innrapportert til NPR. Modell 1-3 sikrer innrapportering til NPR.

4.13.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Se omtale i kapittel 7, Økonomiske og administrative konsekvenser.

Samlet vurdering av oppgjørsløsninger

Nedenfor gjør vi en samlet vurdering av oppgjørsløsningene vi har beskrevet i dette kapittelet. Dette er oppgjørsløsninger knyttet til dagens ordning der Helfo har kontraktsansvaret, men med en ny innretning der Helfo også har ansvar for oppgjørsløsningen. Altså at Helfo utbetaler til fristbruddleverandør og tilbakekrever fra sykehus. I [deloppdrag 5](#) beskriver vi en mulig oppgjørsløsning dersom RHF-ene overtar kontraktsansvaret.

Innledningsvis i dette kapittelet pekte vi på at det er sammenheng mellom oppgjørsløsning og metode for prissetting. Dersom man velger DRG-metoden, er oppgjørsmode ll 4 og 5 ikke aktuell. Dersom man velger å videreføre dagens prissetting (og utvide med flere priser), er oppgjørsmode ll 1-3 ikke aktuelle.

Alle oppgjørsmode llene gir en kobling mellom prisene og oppgjørene, ved at Helfo er kjent med prisene og vil kunne sikre at det ikke kreves vederlag i strid med hva som er avtalt.

Videre gir løsningene en full oversikt over hva som er utbetalt til fristbruddleverandøren og hva som faktureres sykehusene.

Det er kun oppgjørsmode ll 5 som vil kunne innføres uten at det må foretas regelendringer. Alle de øvrige mode llene vil kreve regelendringer, men det vil være noe ulikt hvilke regelendringer som må gjøres. Alle mode llene forutsetter at Helfo gis et rettslig grunnlag for å kunne innhente opplysninger for kontroll av det økonomiske oppgjøret. Dersom et slikt rettslig grunnlag etableres vil ikke lenger mode ll 5 være aktuell,

men vil da eventuelt erstattes av modell 4. For at modell 1, 2 og 3 skal kunne innføres må det også foreligge et grunnlag for at NPR utleverer opplysninger til henholdsvis Helfo og fristbruddleverandøren. Det vil dermed etter Helsedirektoratets vurdering være enklere å foreta nødvendige rettslige endringer for modell 4 enn for modell 1, 2 og 3.

Når det gjelder utviklingskostnader i Helsedirektoratet/Helfo, og tidsperspektiv for iverksetting, er det betydelig forskjell mellom DRG-løsningene (modell 1-3) og modell 4 og 5. Som følge av at Fritt behandlingsvalg-løsningen (modell 4 og 5) allerede er utviklet og benyttet i FBV, vil det være lave kostnader knyttet til å iverksette en løsning basert på fritt behandlingsvalg.

Oppgjørsløsninger med bruk av DRG må utvikles. NPR skal her beregne en pris for aktiviteten leverandøren har gjennomført. Videre skal denne prisen formidles til Helfo, sammen med tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan identifiseres hos Helfo. Helfo skal motta fra leverandøren, informasjon om behandlingen og pasienten. Videre skal Helfo beregne hvilke beløp som skal utbetales til leverandøren, ut fra hva som er avtalt mellom leverandøren og Helfo. En slik løsning finnes ikke i dag, og må utvikles. Direktoratet har ikke beregnet kostnadene for dette.

Når det gjelder utviklingskostnader hos leverandørene og deres journalsystemer, har leverandørene allerede plikt til å rapportere aktivitet til NPR og egenandeler til KUHR. Deres systemer skal derfor allerede i hovedsak være tilrettelagt for nødvendig innrapportering til alle oppgjørsløsningene. Det er altså ingen forskjell mellom oppgjørsløsningene på dette punktet.

Når det gjelder innrapportering til NPR, vil bruk av DRG (modell 1-2) sikre innrapportering til NPR, og rapporteringen vil være i samsvar med hva sykehusene blir fakturert. Med modell 3 legges også rapporteringen til NPR til grunn, men det er noe mindre etterprøvbarehet i denne modellen ettersom informasjon om hvorvidt det er rapportert til NPR vil komme fra fristbruddleverandøren selv. Med modell 4 og 5 må innrapportering til NPR sikres på annen måte. Imidlertid vil også modell 4, og til dels også modell 5 bidra til mer data og styringsinformasjon om fristbruddordningen, sammenliknet med dagens løsning.

Alle løsningene gir god kunnskap om økonomien i fristbruddordningen, og sikrer at sykehuset ikke må betale mer enn hva som er utbetalt til leverandøren.

Med unntak av modell 5 forutsetter oppgjørsløsningene forskriftsendring (med hjemmel i pasientjournalloven §11). I tillegg forutsetter modell 1 at sentrale bestemmelser i helseregisterloven og NPR-forskriften om formål, virkeområde og behandling av opplysninger må endres.

Det er ingen forskjell mellom oppgjørsløsningene når det gjelder statlig mellomfinansiering.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at oppgjørsløsning der fristbruddleverandøren fakturerer Helfo for avtalte priser klart fremstår som langt mer praktikabel og lettere å implementere, enn de andre modellene. Det vil kreves færre tekniske, juridiske og avtalemessige tilpasninger med denne modellen. Også tidshorisonten for mulig implementering for å sikre bedre innsikt i og kontroll med kostnadene er nærmere enn dersom man går for en oppgjørsløsning basert på en prissettingsmetodikk der DRG-systemet får anvendelse.

Imidlertid vil en oppgjørsløsning der DRG-grupperingen foretas av NPR og resultatet av denne formidles fra NPR til bruk i de etterstående oppgjørene (enten det gjøres som i modell 1, 2 og delvis 3) være den eneste løsningen som vil sikre rapporteringen til NPR. Dette fordi rapporteringen til NPR gjøres til en forutsetning for utbetaling til fristbruddleverandørene. I oppgjørsmødelene basert på flere avtalte priser vil ikke rapporteringen til NPR være en kontrollerbar forutsetning for oppgjør, men løsningen kan likevel innrettes med større grad av sikkerhet rundt rapporteringen enn i dag. Dette kan innrettes på den måten at fristbruddleverandørene må krysse av for i kravsfremsettelsen at rapportering til NPR er gjennomført, og

ev. ved å vedlegge kvittering fra NPR på innsendt aktivitetsdata. Videre kan NPR eller Helfo sammenlikne hva som er innrapportert til NPR, og hva som er innrapportert til KUHR.

Etter en samlet vurdering av fordeler og ulemper knyttet til behovet for regelendringer, prissettingsmetodikk og tilhørende oppgjørsløsning, er Helsedirektoratet av den oppfatning at en prissettingsmetodikk basert på flere avtalte priser, der Helfo foretar oppgjørene i en løsning som bygger på FBV-løsningen er å anbefale. Dette betyr i praksis at det dermed er modell 4 og 5 som anses aktuelle. Modell 5 er en minimumsløsning som kan innføres i løpet av kort tid og som ikke vil kreve noen regelendringer. Ulempen med denne løsningen er at det gis liten grad av kontroll. Modell 4 forutsetter at det etableres nødvendige hjemler i forskrift til å kontrollere kravene. Dette vil, om ønskelig, kunne gjøres i løpet av relativt kort tid. Avhengig av hvilket tidsperspektiv departementet eventuelt ser for seg kan det vurderes å etablere modell 5 som en foreløpig løsning i påvente av at nødvendige hjemler er på plass for modell 4.

Deloppdrag 4: Rapportering til NPR

Deloppdrag 4:

Helsedirektoratet bes gi forslag til tiltak og eventuelle regelverksendringer for å sikre at fristbruddleverandørene rapporterer all aktivitet de utfører innenfor fristbruddordningen til NPR. Manglende rapportering medfører blant annet at de regionale helseforetakene ikke mottar ISF-refusjon for kostnader de må bære.

Innledning

Fristbruddleverandørene er i dagens regelverk allerede pålagt å rapportere aktivitetsdata til NPR. Denne plikten fremgår av NPR-forskriften, og fremgår også av avtalene mellom Helfo og fristbruddleverandørene. Aktivitetsdataene i NPR danner grunnlag for beregning av DRG-poeng, og de regionale helseforetakene får refundert en andel av kostnadene fra staten gjennom ISF-ordningen. Det er en forutsetning at fristbruddleverandørene rapporterer aktivitetsdata til NPR for at de regionale helseforetakene skal motta ISF-refusjon for aktiviteten. Dersom fristbruddleverandørene ikke rapporterer aktivitetsdata til NPR, vil helseforetakene uansett måtte betale faktura for behandlingen til fristbruddleverandørene, men de vil ikke motta ISF-refusjon fra staten for den samme aktiviteten. Manglende rapportering fra fristbruddleverandørene medfører i seg selv også at aktivitetsstatistikken blir ukomplett.

Som Helsedirektoratets leveranse til TTB2023-77 viste, fremgikk det av analysene at det har vært en gjennomgående tendens til underrapportering til NPR. Det har innenfor rammene av det inneværende oppdraget dessverre ikke vært mulig å foreta tilsvarende analyse for perioden etter forrige leveranse ble levert for å se om tendensen har endret seg. Vi legger til grunn at det fortsatt er behov for å sikre og følge opp fristbruddleverandørenes aktivitetsrapportering.

I fjorårets rapport ble det vist til en rekke ulike tiltak som er iverksatt for å ivareta kvalitet og kompletthet i rapporteringen til NPR. Eksempler som ble trukket frem var;

- Avsender skal etter NPR-forskriften § 2-3 skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret
- Helsedirektoratet gjennomfører årlig kvalitetsmøter med EPJ-leverandører og rapporterende enheter
- Innkallingsbrev redegjør for frister og rapporteringsformat
- Helsedirektoratet deltar på en-til-en-møter med leverandører og rapporterende enheter på forespørsel
- Ved hver innsending av data returnerer NPR oversikter over aktivitetsnivå og feil i datagrunnlaget
- Enheter som ikke rapporterer purres hver måned
- Aggregerte tall fra fristbruddleverandørene oversendes månedlig til Helfo

For ordens skyld vises det til at flere av tiltakene hvis ansvar etter formuleringene over var plassert hos Helsedirektoratet nå ligger hos FHI (NPR som tidligere var del av Helsedirektoratet er nå del av FHI). Uavhengig av den organisatoriske plasseringen av NPR, mener Helsedirektoratet at de identifiserte tiltakene må videreføres. Som det ble presisert i vår forrige rapport, så ikke tiltakene ut til å være tilstrekkelig for å få god kvalitet på rapporteringen til NPR. Ytterligere tiltak er derfor nødvendig.

Som det vises til i denne rapporten, har Helsedirektoratet utredet en prissettingsmetodikk for fristbruddordningen basert på DRG-systemet, med tilhørende oppgjørsløsning, der Helfo foretar

utbetalingene til fristbruddleverandørene og viderefakturerings til sykehusene. I den skisserte løsningen legges det opp til at NPR på bakgrunn av aktivitetsdata rapportert fra fristbruddleverandørene foretar DRG-grupperingen, og at resultatene av denne grupperingen brukes av Helfo i oppgjørene mot fristbruddleverandørene og sykehusene. DRG-prissettingen og NPRs rolle i DRG-beregningen etter denne modellen, innebærer at fristbruddleverandørenes rapportering til NPR gjøres til en forutsetning for at fristbruddleverandørene skal få betalt. Løsningen legger med andre ord opp til at utgifter ikke kan påløpe innenfor ordningen uten at aktivitetsdata blir rapportert fra den enkelte fristbruddleverandøren til NPR. Aktivitetsrapporteringen og NPRs påfølgende DRG-beregning utgjør således grunnlaget for Helfos utbetaling til fristbruddleverandørene. Denne modellen for prissetting er beskrevet i [deloppdrag 1](#), og de tilhørende modellene for oppgjør (modell 1-3) er beskrevet i kapittelet om oppgjørsløsninger. Helsedirektoratet og FHI er av den oppfatning at å gjøre utbetalingene avhengig av rapporteringen av aktivitetsdata vil være tiltaket som gir størst effekt med tanke på å sikre komplett og kvalitativ rapportering fra fristbruddleverandørene til NPR. Som det fremgår av [deloppdrag 3](#), anbefaler likevel ikke Helsedirektoratet en slik form for prissetting og oppgjør.

Direktoratet mener en oppgjørsløsning via Helfo (modell 4), vil kunne bidra til bedre innrapportering til NPR. Helfo vil da ha statistiske oppgjørdata i KUHR, som kan sammenliknes med tilsvarende statistiske data fra NPR. Det vil gi Helfo et bedre grunnlag for oppfølging av leverandørene.

I beskrivelsen av oppgjørsmodellen der KUHR anvendes, fremgår det også at det kan etableres en "avkrysningsboks" i KUHR som leverandører kan anvende for å bekrefte hvorvidt aktiviteten de krever betaling for, er rapportert til NPR. Med dette vil leverandørene bekrefte at aktivitet er rapportert, men Helfo eller NPR vil ikke ha anledning til å kontrollere dette i de enkelte tilfellene.

Utover dette, viser vi til at det i høringsforslag om registrering av aktivitet fra privatfinansierte helsetjenester, er foreslått endring i NPR-forskriften § 1-5 første ledd, om at NPR kan inneholde helseopplysninger om alle som *får helsehjelp i form av spesialisthelsetjeneste*. Dvs. ikke avgrenset til tjenester som RHF har ansvar for etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Denne bestemmelsen vil kunne bidra til at rapportering til NPR blir en mer integrert del av fristbruddleverandørenes virksomhet. Samtidig vil forskriftsendringen ikke påvirke Helfos mulighet til å føre kontroll av hvorvidt rapportering er gjort.

Helfo har erfart at fristbruddleverandørene har tekniske utfordringer med innrapportering til NPR. Kanskje vil kravet om innrapportering fra helprivate, også bidra til å redusere denne utfordringen.

Samlet vurdering av rapportering til NPR

Det er allerede iverksatt tiltak for å bidra til at fristbruddleverandørene innrapporterer til NPR. Kartlegging fra 2022 viser likevel at innrapporteringen ikke er fullstendig. Det fører til at RHF-ene går glipp av ISF-inntekter.

Helsedirektoratet mener en løsning med prissetting av tjenestene ved hjelp av DRG-gruppering av data i NPR, ville sikret komplett innrapportering til NPR. Som beskrevet i [deloppdrag 3](#) vil direktoratet likevel ikke anbefale en slik løsning for prissetting og oppgjør.

En oppgjørsløsning via Helfo vil kunne bidra til noe bedre innrapportering til NPR enn i dag. Det vil gi Helfo et bedre grunnlag for oppfølging av fristbruddleverandørene enn i dag. Vi foreslår også at leverandørene må bekrefte at de har rapportert til NPR før de kan sende oppgjørskravet til Helfo. Videre vil forskriftsfesting av at helprivate leverandører får plikt til innrapportering til NPR kunne virke positivt.

Deloppdrag 5: Overføring av kontraktsansvaret

Deloppdrag 5:

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av St. meld 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan, bedt regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn får Helsedirektoratet i oppdrag å utrede løsninger der ansvaret for kontraktene som inngås med private aktører i fristbruddordningen overføres til de regionale helseforetakene. Direktoratet skal utrede fordeler og ulemper med slik overføring.

Innledning

Det har fra flere hold blitt pekt på at det bør vurderes om de regionale helseforetakene bør overta ansvaret for å inngå avtaler med fristbruddleverandørene.

Ut fra merknadene til Stortingets Helse- og omsorgskomite fra behandlingen av Meld. St. 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan, synes anmodningen om utredning å knytte seg til det overordnede spørsmålet om en overføring av kontraktsansvaret fra Helfo til RHF-ene vil gi RHF-ene et større eierskap til, og dermed også kontroll over, tjenestene som ytes av fristbruddleverandørene og kostnadene knyttet til denne tjenesteytelsen.

Å overta ansvaret for avtalene kan forstås som at RHF-ene overtar ansvaret for å inngå avtaler med leverandørene, og å følge opp leverandørene. Alternativt kan det forstås som at RHF-ene også overtar ansvaret for å formidle pasienter til fristbruddleverandører. I dagens fristbruddordning har Helfo begge rollene.

Rettslige utgangspunkt

I forarbeidene til pasientrettighetsloven ((Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.) punkt 5.3.4 og punkt 5.4.3 ble det vurdert hvordan man skulle organisere det subsidiære tilbudet om nødvendig helsehjelp. Herunder ble det diskutert om oppgaven med å finne et tilbud om helsehjelp skulle legges til de regionale helseforetakene. Punkt 5.3.4:

«Av legitimitetsmessige hensyn og for å sikre likebehandling av pasientene uansett bosted, foreslås det at oppgaven legges til et sentralt, statlig organ.»

I proposisjonens punkt 5.5.7. drøftes det hvordan det subsidiære tilbudet skal organiseres, herunder om det bør ligge til de regionale helseforetakene, og departementet anbefalte at ansvaret skulle legges til et sentralt organ utenfor sykehusstrukturen. Det ble vurdert at hensynet til pasientene veier tyngre enn hensynet til helseforetakene.

"Etter departementets vurdering vil det, sett fra de fleste pasienters ståsted, ikke gi tilstrekkelig følelse av økt trygghet for å få hjelp ved sykdom dersom pasienten blir avhengig av at den institusjonen, eller eier av den institusjonen, som har overskredet fristen, skal oppfylle den subsidiære retten til nødvendig helsehjelp. Denne vurderingen har fått bred tilslutning fra

pasientorganisasjonene i høringen. I en situasjon der det regionale helseforetaket ikke har sørget for nødvendig helsehjelp til en rettighetspasient innen den fastsatte fristen, mener departementet at det er riktig å etablere en ordning som legger større vekt på hensynet til pasientene enn på hensynet til foretakene.

Ved å legge oppgaven til et sentralt organ, vil en i større grad sikre likebehandling, uansett bosted, av de pasientene som ikke har fått oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp innen fristen. Et sentralt organ vil antagelig også lettere enn et regionalt organ kunne skaffe seg en samlet oversikt over behovet for kjøp av helsetjenester fra private innenlands og i utlandet og over ledig kapasitet. Et sentralt organ vil lettere kunne koordinere informasjon og fungere som et informasjonsknutepunkt."

Ansvaret for fristbruddordningen ble lagt til Rikstrygdeverket (RTV), og RTV fikk både ansvaret for formidlingen av pasienter og inngåelse av avtaler med private virksomheter. Ansvar for fristbruddordningen ble senere overført til Helsedirektoratet, og Helsedirektoratet har delegert forvaltningen av ordningen til Helfo.

6.2.1 Pasientens rettigheter

Pasienter som er gitt rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, har etter § 2-2a andre ledd rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen skal ytes. Dersom det regionale helseforetaket ikke yter helsehjelp innen den fastsatte fristen, har pasienten rett til å få helsehjelpen utført hos en annen tjenesteyter, om nødvendig hos private, jf. § 2-2b.

6.2.2 Spesialisthelsetjenestens forpliktelser

Pasientens rettigheter korresponderer med spesialisthelsetjenestens forpliktelser etter prioriteringsforskriften § 6. Av bestemmelsen fremgår at om helsehjelpen ikke kan ytes innen den fastsatte fristen skal sykehuset umiddelbart kontakte Helfo.

6.2.3 Helfos ansvar

Helfo har etter prioriteringsforskriften § 6 tredje ledd et ansvar for å oppstille et subsidiært behandlingstilbud til fristbruddpasienter som sykehusene har varslet til Helfo.

Helfos ansvar er todelt:

- Helfo *skal inngå avtaler* med private virksomheter om å tilby helsetjenester til fristbruddpasienter. Avtaleinngåelsen skjer etter reglene om offentlige anskaffelser.
- Helfo *skal formidle* fristbruddpasienter til en virksomhet som Helfo har inngått avtale med (fristbruddleverandør). Siden helseforetakene forutsettes å ha forsøkt alle muligheter til å yte helsetjenesten i eget eller i et annet helseforetak før pasienten varsles, vil Helfo kun formidle pasienten til en fristbruddleverandør.

Dagens oppgjørsordning er at fristbruddleverandørene sender sine økonomiske krav direkte til det helseforetaket som skal bære kostnaden for behandlingen som er utført hos en fristbruddleverandør. Helfo har i dag ingen rolle i det økonomiske oppgjøret.

6.2.4 Stortingets anmodningsvedtak

Stortinget har bedt regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene. Dersom RHF-ene skal overta kontraktsansvaret vil det innebære at Helfo ikke lenger har ansvaret for å inngå avtaler med private virksomheter, og at dette gjøres av RHF.

Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet legger direktoratet til grunn at pasientens grunnleggende rettigheter ikke skal endres ved en slik overføring av kontraktsansvaret. Dette betyr at pasienten fremdeles skal få fastsatt en frist og ha rett til et subsidiært behandlingstilbud ved fristbrudd. I Stortingets anmodningsvedtak er det ikke sagt noe om overføringen av kontraktsansvaret også innebærer en overføring av selve formidlingsoppdraget. Helsedirektoratet legger til grunn at Stortinget ba regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret, ikke ansvaret for å formidle pasienter. Det sistnevnte temaet ble grundig vurdert i proposisjonen, og Stortinget ga tilslutning. En overføring av formidlingsansvar fra Helfo til de regionale helseforetakene ville innebære en stor og prinsipiell omlegging av fristbruddordningen. Dette vil kreve videre utredning, ut over rammene for dette oppdraget.

Konsekvenser av en overføring av kontraktsansvaret

6.3.1 Konsekvenser for RHF

For RHF-ene vil dette innebære at de får ansvaret for å inngå avtaler om kjøp av helsetjenester til fristbruddpasienter. Alle RHF-ene inngår i dag avtaler om kjøp av spesialisthelsetjenester fra private, og gjennomføring av fristbruddanskaffelsene vil trolig i stor grad kunne utføres på samme måte som øvrige avtaleinngåelser. Men en viktig forskjell vil være at når RHF-ene inngår avtaler i dag kan de være selektive med tanke på tjenester og også begrense omfanget av avtalen. På fristbruddområdet vil det måtte legges opp til avtaler som treffer alle typer behandling og det er uvisst hvor stort volumet vil være. Det ville også være RHF som måtte følge opp fristbruddleverandørene innen rammene av avtalen.

I og med at RHF-ene både ville ha finansieringsansvaret og ansvaret for å inngå avtaler, ville det økonomiske oppgjøret skje mellom fristbruddleverandøren og det RHF-et som skal bære kostnaden.

En overføring av kontraktsansvaret ville medføre økt ressursbruk for RHF til inngåelse og forvaltning av kontraktene.

6.3.2 Konsekvenser for pasientene som opplever fristbrudd

Ved en overføring av kontraktsansvaret er det lagt til grunn at det ikke skal skje endringer i pasientens rettigheter, f.eks. rett til fastsettelse av frist og rett til subsidiært tilbud ved fristbrudd. Pasienten skal også varsles til Helfo.

6.3.3 Konsekvenser for Helfo

Overføres kontraktsansvaret til RHF vil det innebære at Helfo mister en forvaltningsoppgave de i dag er tillagt. Helfo opplyser at det jobber 18 personer med fristbrudd, hvor 6 jobber med anskaffelser av helsetjenester, og oppfølging av fristbruddleverandører. Helfo har etablert et anskaffelsesteam som har

lang erfaring med anskaffelser av helsetjenester til fristbruddordningen. Øvrige 12 i avdelingen jobber med saksbehandling, og avrop på kontraktene. Flyttes kontraktsansvaret fra Helfo vil det måtte vurderes nærmere hvilke konsekvenser dette gir for antallet årsverk og hvilke økonomiske konsekvenser dette gir.

Selv om kontraktsansvaret flyttes, vil sykehusene være forpliktet til å varsle fristbrudd til Helfo, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2b. Helfos formidlingsansvar følger av prioriteringsforskriften § 6 hvor det i tredje ledd fremgår at Helfo uten opphold skal "skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter i riket. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter".

Dersom også formidlingsoppgaven legges til RHF-ene vil det innebære at dette vil få konsekvenser for de i Helfo som i dag arbeider med denne delen av forvaltningsområdet.

6.3.4 Rettslige konsekvenser

Dersom kontraktsansvaret overføres til RHF-ene vil det måtte vurderes hvilke regelverksendringer som er nødvendige for å klargjøre hva som er RHF-enes og Helfos roller og ansvar i en slik ordning.

Innspill fra RHF

Helsedirektoratet har bedt om innspill fra RHF-ene på dette deloppdraget. Tilbakemeldingen gjengis her i sin helhet:

De regionale helseforetakene tolker at dette forslaget innebærer at ansvaret for å inngå og forvalte avtalene tillegges de regionale helseforetakene, mens formidlingen fortsatt vil foretas av Helfo.

De regionale helseforetakene har lang erfaring med å gjennomføre anbudskonkurranser etter lov om offentlige anskaffelser. Dette er grundige prosesser der både representanter fra regionale helseforetak, helseforetak og brukere er involvert. De regionale helseforetakene stiller seg positive til å overta ansvaret for å inngå avtaler innen fristbruddordningen. En slik endring vurderes å være fordelaktig for å gi spesialisthelsetjenesten bedre oversikt over og kontroll med innhold i pasientbehandlingen og kostnader til ordningen. Ved en slik overføring vil det være naturlig å overføre ressurser til de regionale helseforetakene.

Hvordan kan oppdraget løses - overordnet

De regionale helseforetakene vil gjennomføre en ordinær anskaffelse i henhold til regelverk om offentlige anskaffelser. Det er naturlig å ta utgangspunkt i fristbruddsportalen for å få oversikt over hvilke områder det er behov for avtaler. På områder med stort volum vil det gjennomføres en anskaffelse og inngås avtaler der Helfo kan formidle pasienter. På områder med mindre behov kan det inngås rammeavtaler, der det i de enkelte tilfeller gjennomføres en mini-konkurranse forut for formidling av pasienter.

De regionale helseforetakene vil utarbeide en kravspesifikasjon, herunder blant annet krav til lokaler, bemanning, innhold i behandlingen og samhandling med andre aktører, og det fastsettes et volum og en økonomisk ramme for anskaffelsen. De regionale helseforetakene har tilbud innen mange områder i dag, og vil på den måten ha et godt grunnlag for å gjøre gode vurderinger av de ulike forholdene. Spesielt innen områder med lang behandlingstid, vil de regionale helseforetakene kunne angi en maksimal behandlingstid i anskaffelsen. Behandling utover dette vil måtte skje i overensstemmelse med pasientens helseforetak. I tillegg vil de regionale helseforetakene på ordinær måte foreta løpende avtaleoppfølging slik at de helsetjenester som leveres, er i tråd med

tilbudet som ble inngitt. De regionale helseforetakene vil inngå tidsbegrensede avtaler, og ved utløp av disse vil pasientene ved behov bli overført til nye avtaler. På denne måten vil ikke leverandører kunne opprettholde sin drift i fristbruddordningen i en lang periode etter avtalens utløp slik de kan i dag.

For pasientsikkerheten, vil den største effekten av en slik endring være at helseforetakene får bedre mulighet til å komme i dialog med fristbruddleverandørene uten at dette må gå gjennom en tredjepart med begrensede kontrollmuligheter.

Helsedirektoratets vurdering av at RHF får ansvar for kontraktsinngåelsen

6.5.1 Sett opp mot sørge-for-ansvaret

RHF-ene har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a et ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. I samme bestemmelse er det også gitt hjemmel til at RHF-ene kan inngå avtale med private aktører om å tilby spesialisthelsetjeneste på vegne av RHF-ene.

Bestemmelsen gjør at RHF-ene står relativt fritt til å anvende avtaleinstituttet for å ivareta sitt sørge-for-ansvar i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Dette ansvaret omfatter plikten til å sette en frist for når helsehjelpen senest skal startes opp og være påbegynt til en pasient som er vurdert til å ha rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten, og til deretter gi et faglig forsvarlig pasientforløp jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 a andre ledd. Det er først når RHF-ene ikke klarer å sørge for at pasienten får helsehjelpen påbegynt innen den fastsatte tidsfristen at fristbruddinstituttet trer i kraft. Fristbruddinstituttet er således å anse som en sikkerhetsventil for pasienter i tilfeller RHF-et av ulike årsaker ikke ivaretar sitt sørge-for-ansvar innen frist. Gjennom RHF-enes lovfestede frihet til å anvende avtaleinstituttet for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar, har RHF-ene full anledning til å anvende dette for nettopp å unngå at pasienter går i fristbrudd.

RHF-ene har dermed allerede virkemidlene til å sørge for at det kjøpes nødvendig kapasitet i det private markedet, og en overføring av kontraktsansvaret i fristbruddordningen vil i seg selv ikke representere en løsning på at RHF-ene ikke makter å behandle pasientene innen fristen. Etter direktoratets vurdering har derfor RHF-ene allerede i dag forutsetningene for å iverksette tiltak som reduserer behovet for at pasienter formidles til fristbruddleverandører som Helfo har inngått avtale med.

Helsedirektoratet presiserer initialt at en overføring av kontraktsansvaret i seg selv – etter vår oppfatning – ikke utgjør en forutsetning for RHF-enes muligheter til å iverksette tiltak som begrenser de kostnadmessige og tjenstlige konsekvensene av at pasienter formidles til private fristbruddleverandører. Derimot mener Helsedirektoratet at RHF-ene allerede har virkemidler til disposisjon for å sørge for dette, og at en overføring av kontraktsansvaret i seg selv ikke vil representere en løsning på de identifiserte utfordringene. Dette underkjenner ikke verdien av RHF-enes anskaffelsesfaglige kompetanse, og at denne kompetansen i seg selv muligvis kunne vært verdifull på fristbruddfeltet. Imidlertid er Helsedirektoratet av den oppfatning at anskaffelser på fristbruddfeltet uansett ikke vil kunne innrettes med andre føringer for fristbruddleverandørenes tjenesteytelser enn hva helselovgivningen tilrettelegger for, og at kostnadene som påløper for disse tjenestene også er et resultat av anbudskonkurranser.

Helsedirektoratet viser videre til at leverandørmarkedet på fristbruddområdet i stor utstrekning omfatter de samme tjenesteyterne som RHF-ene har inngått avtaler med for å ivareta sitt sørge for-ansvar. RHF-enes

utlysninger er derfor i det store ikke innrettet mot et annet privat leverandørmarked enn utlysningene Helfo gjør på fristbruddfeltet. Dette betyr at det langt på vei er kapasiteten blant de samme private tjenesteyterne som skal fordeles mellom tjenester som leveres ved fristbrudd og tjenester som leveres innenfor rammen av RHF-enes avtaler. Gitt at de private tjenesteyternes kapasitet er tilstrekkelig stor til å kunne fordeles mellom avtalene med RHF-ene og avtalene med Helfo, er det etter Helsedirektoratets skjønn klart at RHF-enes avtaler bør kunne anvendes i større grad uten at det vil gå på bekostning av fristbruddinstituttet.

Videre synes det mindre rasjonelt om RHF-ene skulle inngått egne avtaler om levering av tjenester ved fristbrudd med leverandører de allerede har avtaler med. Fristbrudd er et resultat av at RHF-ene ved selv å yte spesialisthelsetjenester *og* ved å anvende kapasitet gjennom avtaleleverandører likevel ikke er i stand til å yte tjenestene de har ansvaret for innenfor frist. Dersom RHF-ene skulle overtatt kontraktsansvaret ifm fristbrudd, tilsier dette at RHF-ene ville inngått avtaler med leverandører som de allerede har avtale med, men utelukkende med formål om å levere de tjenestene utover volumet av allerede foreliggende avtaler. Å inngå tilleggsavtaler for å ivareta disse tjenestetilfellene fremfor å utvide volumet i allerede foreliggende avtaler (og muligvis til en annen kostnad) synes mindre hensiktsmessig.

6.5.2 Mulighet for RHF-ene til å avgrense innholdet i sine avtaler

I sitt innspill viser RHF-ene til at de vil *"utarbeide en kravspesifikasjon, herunder blant annet krav til lokaler, bemanning, innhold i behandlingen og samhandling med andre aktører, og det fastsettes et volum og en økonomisk ramme for anskaffelser"*.

Vi viser til omtalen under [deloppdrag 1](#) av begrensningene som følger av gjeldende rett med hensyn til Helfos adgang til å styre innhold i og varighet av helsehjelpen fristbruddleverandørene skal yte gjennom rammeavtalene og gjennom oppfølging av leverandørene. Som omtalt i foregående punkt følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, syvende ledd at RHF-ene kan inngå avtale med private tjenesteytere om å tilby spesialisthelsetjenester for å ivareta sitt sørge-for-ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven. I disse avtalene vil RHF-ene kunne stille klare krav til blant annet innholdet i tjenesten som skal leveres, samhandling med pasientens sykehus og tilbakeføring til sykehus etter en gitt periode.

Fristbruddordningen retter seg inn mot situasjoner der RHF-ene ikke klarer å oppfylle ansvaret som følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-2 a og b, og det er gitt nærmere regler om organiseringen av ordningen i prioriteringsforskriften. Dersom RHF-ene skal overta kontraktsansvaret med fristbruddleverandørene er det nærliggende å se det slik at disse avtalene inngås med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven, og ikke spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det kan tilsi at avtalene må innrettes på en annen måte enn avtalene som RHF-ene vanligvis inngår.

Helsedirektoratet mener derfor det er spørsmål om RHF-ene ville ha et større handlingsrom til å stille krav og føringer i sine avtaler enn hva Helfo har i dag. I dag stiller også Helfo krav til lokaler, bemanning, og en totalramme på konkurransen. I Helfos avtaler vises det også til at behandlingen skal gjennomføres i henhold til regelverk og nasjonale veiledere og faglige føringer. Helfo vil derimot for eksempel ikke kunne begrense behandlingens varighet eller regulere nærmere innholdet i behandlingen. Helsedirektoratet ser likevel at det trolig vil være mulig å sikre et tettere samarbeid mellom fristbruddleverandøren og helseforetaket dersom kontraktsansvaret overføres til RHF-ene, og at dette vil kunne redusere en risiko for overbehandling og legge til rette for gode pasientforløp.

Helsedirektoratet legger til grunn at det må gjøres en nærmere vurdering av hvilket handlingsrom RHF-ene eventuelt ville ha til å fastsette enkelte innholdselementer i avtalene.

4.5.3 Det økonomiske oppgjøret

Det er RHF-ene som har finansieringsansvaret for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Inntektene til sykehusene kommer i hovedsak fra rammeoverføringer, egenandeler og aktivitetsbasert finansiering (ISF).

Aktiviteten som utføres hos en fristbruddleverandør skal finansieres av RHF-et. Dersom RHF-ene overtar kontraktsansvaret, vil det økonomiske oppgjøret skje mellom avtalepartene, og på den måten dette fremkommer av avtalen.

RHF-enes kontrollmuligheter og hvilke data de vil kunne innhente for kontroll vil reguleres av avtalen og regelverket. Helsedirektoratet har ikke gjort noen nærmere vurdering av hvordan denne kontrollen kan utføres og hva som kan kontrolleres.

Helsedirektoratet viser likevel til det som er sagt under [deloppdrag 2](#) at for at RHF/HF skal få tilgang til spesifiserte fakturaer, kreves det et unntak fra taushetsplikten. Etter direktoratets vurdering vil tilsvarende også gjøre seg gjeldende dersom RHF-ene overtar ansvaret for inngåelse av avtaler med fristbruddleverandører. Det er heller ikke mulig å avtale seg vekk fra den lovbestemte taushetsplikten, som primært er det som hindrer tilgang til helseopplysninger for å kontrollere oppgjøret, og det må et lovbestemt unntak fra taushetsplikten til for å gi RHF-ene tilgang til disse.

Som redegjort for i punkt 4.2.2 vil pasientjournalloven § 11 kunne gi et rettslig grunnlag for å behandle personopplysninger i systemer for saksbehandling, administrasjon mv av helsehjelpen. Denne har vi vurdert vil kunne være et aktuelt grunnlag dersom Helfo har myndighet til å foreta oppgjør i fristbruddordningen. Dersom RHF-ene skal overta kontraktsansvaret, er det naturlig at de også får ansvaret for oppgjørsløsningen. Denne bestemmelsen vil etter vår vurdering derfor også kunne være aktuell for RHF-ene i denne sammenheng.

Som tidligere redegjort, gir § 11 tredje ledd gir hjemmel for forskrifter som nærmere regulerer behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner. Det følger av fjerde ledd at taushetsplikten ikke er til hinder for behandlingen av opplysningene for formålet om oppgjør, og at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten. Ved å fastsette en forskrift til § 11 tredje ledd vil forskriften regulere at relevante og nødvendige opplysninger skal behandles i en oppgjørsordning, slik at opplysninger kan overføres fra fristbruddleverandøren til sykehuset uten hinder av taushetsplikt.

RHF-ene står fritt til å inngå avtaler med andre aktører om å utføre administrative oppgaver på vegne av RHF-ene, og kan også velge å inngå avtaler om at andre skal stå for gjennomføringen av det økonomiske oppgjøret.

Et eksempel på dette er at RHF-ene kjøper oppgjørstjenester fra Helsedirektoratet for H-reseptlegemidler. Dette er en ordning for legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene, men som forskrives og utleveres utenfor sykehus. Legemidlene betales av helseforetakene, ikke av folketrygden som vanlige reseptbelagte legemidler. H-reseptlegemidler kan forskrives av sykehusleger ved helseforetak, spesialistleger ved virksomheter som har avtale med regionalt helseforetak (avtaleleverandører) og en del avtalespesialister. Utleveringen av legemidlene skjer på apotek, og det er etablert en oppgjørsavtale mellom de regionale helseforetakene og Apotekforeningen for håndteringen av dette. Helfo utfører oppgjørstjenester på vegne av RHF-ene, og har ansvaret for å motta, behandle/kontrollere, fakturere og utbetale kravene som sendes fra apotekene. Helfo sin rolle er ikke regulert i noe regelverk, og de utfører denne oppgaven på vegne av RHF-ene og innen rammene av avtalen (herunder databehandleravtalen) som er inngått med RHF. Bakgrunnen for at RHF-ene ønsket å benytte Helsedirektoratets oppgjørsløsning var at denne løsningen, eResept oppgjørskontroll (eResept), benyttes av alle apotek som sender refusjonskrav til Helfo på folketrygdens område.

Bruken av eResept oppgjørskontroll er en effektiv og tilrettelagt måte å motta krav om vederlag fra apotekene, utbetale og sikre rapportering til NPR. Løsningen er godt tilpasset aktørbildet og gjør det mulig å behandle et stort antall krav fra et stort antall apotek.

Rammebetingelser for å bruke Helsedirektoratets oppgjørsløsninger innen fristbruddordningen er vesentlig annerledes. Det er et lite antall aktører, og det er få krav (sammenlignet med H-resept).

Dersom RHF-ene skulle ønske å inngå avtale med Helsedirektoratet om å ivareta oppgjørsfunksjonen, kan det etter Helsedirektoratets vurdering være mulig å benytte KUHR, hvor det kan tilrettelegges for innsending av krav, kontroll og utbetaling. Denne oppgjørsløsningen er beskrevet tidligere og omtales ikke ytterligere her. Helsedirektoratet er tvilende til om KUHR vil være en mer aktuell oppgjørsløsning enn andre oppgjørsløsninger eller en mer manuell håndtering av oppgjørskravene.

Men dersom dette skulle være et ønske, vil KUHR etter direktoratets vurdering trolig kunne benyttes. Hovedtrekkene ved en slik løsning vil være de samme som ved H-resept;

- Helsedirektoratet utfører en oppgave på vegne av RHF. Det må etableres en samarbeidsavtale inkludert databehandleravtale mellom RHF og Helsedirektoratet.
- Helfo mottar krav og utbetaler etter at helseforetakene har betalt til Helfo.
- Kravene kontrolleres i henhold til det som er avtalt.

RHF-ene vil også kunne kjøpe disse tjenestene fra andre aktører som tilbyr en oppgjørsløsning som dekker RHF-ene sitt behov.

6.5.4 Fordeler og ulemper ved at RHF-ene overtar kontraktsansvaret

Hva som kan beskrives som fordeler og ulemper med en slik overføring, vil etter Helsedirektoratets syn nødvendigvis være avhengig av hva man ønsker å oppnå med overføringen. Merknadene til Stortingets Helse- og omsorgskomite fra behandlingen av St. meld 9 (2023-2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan gir ikke nærmere forklaring. Ut fra sammenhengen synes anmodningen om utredning å knytte seg til det overordnede spørsmålet om en overføring av kontraktsansvaret fra Helfo til RHF-ene vil gi RHF-ene et større eierskap til, og dermed også kontroll over, tjenestene som ytes av fristbruddleverandørene og kostnadene knyttet til denne tjenesteytelsen. Det vil følgelig være et spørsmål hvilke fordeler og ulemper en overføring av kontraktsansvaret vil kunne gi med tanke på RHF-enes kontroll over tjenesteinnholdet og kostnadene innen rammen av fristbruddordningen.

Som sagt tidligere er det en forutsetning at pasientens rettigheter ikke skal reduseres, noe som innebærer at pasienten skal få fastsatt en frist, og ved brudd på denne fristen skal pasienten få et tilbud om et subsidiært behandlingssted.

6.5.4.1 Fristbruddordningen skal stimulere sykehusene til å unngå fristbrudd

Ved innføringen av fristbruddinstituttet var det noen helt sentrale forhold som ble vektlagt. Den overordnede målsettingen med ordningen er å sikre at pasienter som har ventet over fristen skulle få et subsidiært behandlingstilbud. Siden det er sykehusene som må bære kostnadene innebærer dermed samtidig ordningen at sykehusene får et insentiv til å behandle pasienten innen frist, for å unngå økte kostnader. Føringerne som har vært lagt for ordningen har derfor hatt som utgangspunkt at pasientenes videre forløp er utenfor sykehusenes kontroll. Pasientens behov ble i forarbeidene funnet å veie tyngre enn

hensynet til sykehusenes økonomi. Helsedirektoratet viser til at det er et begrenset leverandørmarked og at det ikke kan utelukkes at det i stor grad vil være de samme virksomhetene som er både avtaleleverandører og fristbruddleverandører. Dette kan også medføre at prisnivået i fristbruddordningen tilpasses øvrige priser og også sykehusenes kostnadsnivå. En mulig konsekvens av dette kan være at sykehusenes insitament for å behandle pasientene innen fristen svekkes. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det å overføre kontraktsansvaret til RHF-ene vil kunne gi en svekkelse av pasientrettighetene.

6.5.4.2 Pasientens opplevelse

Videre vil det være en mulighet for at pasienter vil kunne reagere på at det samme sykehuset som ikke har behandlet pasienten innen fristen skal ha ansvaret for å inngå avtale med private aktører om å tilby et subsidiært behandlingstilbud. Helsedirektoratet viser til at de vurderingene som ble gjort vedrørende dette i forarbeidene må antas å stille seg likt i dag, og at det kan stilles spørsmål ved om det gir en tilstrekkelig følelse av trygghet at den institusjonen som har overskredet fristen også skal sikre at det finnes et subsidiært helsehjelpstilbud. Dette vil kunne oppleves å være en svekkelse av pasientenes rettigheter. Dersom Helfo har formidlingsansvaret vil det trolig ikke være av så stor betydning for pasienten at det er RHF-ene som har inngått avtale. Og dette vil nok heller ikke være noe de fleste pasienter bryr seg om. For pasienten vil det nok fremstå som om det tilbudet som gis av Helfo vil være et tilsvarende tilbud som gis i dag når Helfo inngår kontrakter.

Dette vil derimot stille seg annerledes dersom RHF-ene også overtar formidlingsansvaret. Da vil det, som drøftet i forarbeidene, skape en følelse av at pasientens rett til et subsidiært behandlingstilbud svekkes sammenlignet med dagens regler.

6.5.4.3 Sykehusenes mulighet til å unngå fristbrudd i dag

Det taket som tidligere var på antall pasienter sykehusene kunne behandle er fjernet, og RHF-ene har i praksis få begrensninger i å inngå avtaler med private virksomheter om å utføre spesialisthelsetjenester på vegne av RHF-ene. Som omtalt under punkt 6.5.1. har sykehusene allerede i dag muligheten til å ta høyde for nødvendig kapasitet, og planlegge med et volum hvor man i størst mulig grad unngår kapasitetsproblemer og fristbrudd. RHF-ene kan vurdere risikoen for fristbrudd innenfor ulike fagområder, og på denne bakgrunn kjøpe tjenester ut fra konkrete behov. På den måten kan de selv knytte til seg private leverandører i det samme markedet som Helfo kjøper tjenestene.

Etter direktoratets vurdering har RHF-ene i dag et potensial for å kjøpe helsetjenester slik at fristbrudd unngås. Om en overføring av kontraktsansvaret ville medført at sykehusene hadde innrettet sine anskaffelser annerledes, er derfor noe usikkert siden de også i dag har friheten til å dekke dette behovet.

6.5.4.4 RHF-enes insentiv til å inngå avtaler med fristbruddleverandører

RHF-ene inngår i dag en rekke avtaler med private aktører om å utføre spesialisthelsetjenester. I utgangspunktet har RHF-ene tilsvarende muligheter til også å inngå avtaler på fristbruddområdet. Men dette vil avhenge av flere forhold, som blant annet hvilke krav som stilles til leverandørene og til hvilken pris tjenestene skal leveres. RHF-ene vil kunne stille så strenge krav til leverandørene, at det ikke blir noen tilbydere av tjenestene. Manglende eller et for lite antall fristbruddleverandører vil føre til at RHF-ene reduserer sine utgifter til fristbrudd. En slik situasjon vil ikke være i tråd med intensjonen med fristbruddordningen.

6.5.4.5 Muligheten til å sikre kvaliteten på levert tjenesteinnhold

Helsedirektoratet ser samtidig en mulighet for at det kan være forhold som bedre kan ivaretas i en avtale mellom RHF og en fristbruddleverandør, enn som i dag hvor det er Helfo som inngår avtalene. Særlig gjelder dette forutsetningene for å sikre gode pasientforløp og redusere risiko for overbehandling (f.eks gjennom andre krav til samarbeid, tydeligere kvalitetskrav etc). Det store flertallet av pasienter som mottar behandling hos en fristbruddleverandør mottar somatisk behandling som er klart avgrenset både i prosedyrer og forløp. Problemstillingen med lange pasientforløp er derfor primært begrenset til å gjelde innen psykisk helse.

Helsedirektoratet viser til drøftelsen over av om dagens regelverk bør gjennomgås for å klarlegge hvilke muligheter det er ønskelig at RHF-ene skal ha til å begrense behandlingens lengde og ta pasientene "tilbake" til sykehuset. Hvis RHF-ene overtar kontraktsansvaret vil det også måtte gjøres avveininger av innholdet i pasientenes rett til et reelt subsidiært tilbud opp mot helseforetakenes mulighet for å avgrense tjenestenes omfang i avtalene som inngås.

6.5.5 Helsedirektoratets samlede vurdering av om RHF-ene bør overta kontraktsansvaret

Stortinget har bedt om en vurdering av om RHF-ene bør overta kontraktsansvaret. Helsedirektoratet har som nevnt vurdert en ordning der RHF-ene skal overta ansvaret for å inngå avtaler med leverandørene, og for å følge opp leverandørene, mens Helfo beholder ansvar for å formidle pasienter til fristbruddleverandører.

Hvis overføring av kontraktsansvaret skal skje innenfor rammene som gjelder for fristbruddordningen i dag, mener Helsedirektoratet handlingsrommet langt på vei vil være det samme for RHF som det er for Helfo i dag. Regelverk om offentlige anskaffelser vil gjelde. Leverandørene vil fremdeles overta ansvaret for helsehjelpen som ytes, og RHF-enes anledning til å påvirke kostnader gjennom å avkorte forløp o.l. vil dermed være begrenset.

Formålet med dagens innretning av fristbruddordningen og pasientrettigheten er at sykehusene skal stimuleres til å unngå fristbrudd, om nødvendig inngå egne avtaler og benytte totalkapasiteten i det offentlige.

Fristbrudd skal regnes som siste utvei, det er RHF-ene som i første omgang «eier» pasienten, og har muligheter til å skaffe denne helsehjelpen innen fristen, slik at fristbruddet unngås.

En eventuell overføring av kontraktsansvaret må antas særlig å være begrunnet i de økonomiske konsekvensene dagens ordning har for helseforetakene, og dette må veies opp mot betydningen av å opprettholde pasientrettigheten. Altså med andre ord ett av de sentrale forhold som i sin tid begrunnet innføringen av fristbruddordningen. Etter direktoratets vurdering er det en risiko at en overføring av kontraktsansvaret vil kunne påvirke pasientens rettigheter. Eksempelvis vil tilbudet til fristbruddpasienter være avhengig av RHF-enes evne og vilje til å inngå tilstrekkelig omfang av avtaler med fristbruddleverandører. I forarbeidene ble det særlig pekt på behovet for at ansvaret for å skaffe et subsidiært tilbud ikke burde ligge til sykehuset som ikke har lyktes i å gi behandling innen fristen, men til et annet organ. Så lenge formidlingsoppgaven fremdeles ligger til et organ uavhengig av sykehuset anser direktoratet at pasientrettigheten ivaretas også ved en overføring av kontraktsansvaret.

Helsedirektoratet ser at om RHF-ene overtar kontraktsansvaret vil det trolig vil være mulig å sikre et tettere samarbeid mellom fristbruddleverandøren og sykehuset, og at dette vil kunne redusere en risiko for overbehandling og legge til rette for gode pasientforløp. Videre er det direktoratets vurdering at det kan være en hensiktsmessig løsning at den aktøren som har finansieringsansvaret også har kontraktsansvaret.

Samtidig er det Helsedirektoratets vurdering at det vil være nødvendig å utrede nærmere hvilke konsekvenser en eventuell overføring av kontraktsansvaret vil medføre. Det må blant annet vurderes hvordan grensesnittet mellom RHF-ene og det organ som skal formidle pasienter skal være, som for eksempel om RHF-ene skal kunne legge føringer for hvilken leverandør pasienten skal formidles til, eller om formidlingsorganet skal ha noen rolle i å følge opp fristbruddleverandøren.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Oppdraget fra HOD ber ikke eksplisitt om vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser. Direktoratet vil likevel sammenfatte enkelte konsekvenser som er omtalt tidligere i rapporten. Dette er til dels foreløpige vurderinger, der det er usikkerhet om enkelte sider. Vi har ikke foretatt kostnadsberegninger.

Det er primært valg av prissettingsmekanisme og oppgjørsløsning som vil få økonomiske og administrative konsekvenser.

Prissetting

Det å prissette flere tjenester/prosedyrekoder, vil i utgangspunktet kunne gjøres innenfor de ressursmessige rammer som Helfo har i dag. Det vil imidlertid ta tid, da det må gjøres ifm. nye utlysninger og konkurranser, og nye avtaleinngåelser.

Prissetting ved hjelp av bruk av DRG og NPR, er en løsning som ikke er etablert og utprøvd, og som vil kreve mer omfattende forberedelser enn å benytte Helfo-priser. Vi har ikke kostnadsberegnet dette.

Oppgjørsløsninger

Vi beskriver innledningsvis noen økonomiske og administrative konsekvenser som i hovedsak er felles for alle oppgjørsmødelene som er beskrevet i [deloppdrag 3](#).

Dagens løsning er at fristbruddleverandørene sender faktura til sykehusene, for behandlingen. Det er ikke stilt krav i avtalene om at leverandørene må kunne sende oppgjørskrav til Helfo. Leverandørene innrapporterer allerede egenandeler til KUHR per i dag. Direktoratet mener vi kan forvente at leverandørene aksepterer å gå over fra å fakturere sykehus, til å sende oppgjørskrav til Helfo. Trolig vil leverandørene oppfatte denne oppgjørsmetoden som enklere og raskere enn dagens løsning.

Det er mulig dette vil kunne stille seg noe annerledes for løsningen som tar utgangspunkt i NPR og DRG-prising. Her har vi ikke oversikt over hvor lang tid som vil kreves fra leverandøren innrapporterer sin aktivitet til NPR, til Helfo kan utbetale midlene til leverandøren.

Direktoratet antar at det vil være hensiktsmessig (og kanskje påkrevd) at alle leverandører går over til ny oppgjørsløsning samtidig. Mao at ikke enkelte leverandører går over til innsending av oppgjørskrav til Helfo eller NPR, mens andre fortsatt sender faktura til sykehus.

Det må inngås avtale mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, dersom Helfo skal overta oppgjør med fristbruddleverandørene. Se omtale i kapittel 4.13.2. Vi antar at det vil kunne ta noen få måneder.

Det må inngås avtale mellom FHI og Helsedirektoratet. Oppgjørsmødel 1 og 2 bygger på en forutsetning at det skal sendes informasjon fra FHI til Helfo. I mødel 3, 4 og 5 sendes det ikke informasjon fra NPR til Helfo, men vi legger til grunn at Helfo har behov for data fra NPR, for å følge opp at fristbruddleverandørene rapporterer til NPR. Se omtale i [kapittel 4.12](#).

Statlig mellomfinansiering er omtalt i [kapittel 4.13.1](#). Oppgjørsløsningene som er beskrevet i rapporten bygger på at Helfo skal utbetale til fristbruddleverandøren, og at Helfo skal kreve et tilsvarende beløp tilbake fra det sykehuset som skal betale for helsehjelpen. En slik oppgjørsløsning kan medføre statlig mellomfinansiering.

Direktoratet legger til grunn at som et utgangspunkt bør statlig mellomfinansiering unngås, men vil peke på at dette kan håndteres i løsningene som er beskrevet. Forslaget er at det avtales en forsinkelse i utbetalingen fra Helfo til fristbruddleverandøren med formål å sikre at staten ikke påføres kostnader. Det er ingen forskjell mellom oppgjørsløsningene når det gjelder statlig mellomfinansiering.

Dersom det skal tilrettelegges for statlig mellomfinansiering er det etter direktoratets vurdering viktig at det gis et tydelig grunnlag for dette i regelverket og at det mellom partene inngås avtale som ivaretar de forhold som må sikres.

Når det gjelder utviklingskostnader i Helsedirektoratet/Helfo, og tidsperspektiv for iverksetting, er det betydelig forskjell mellom DRG-løsningene (modell 1-3) og modell 4 og 5. Som følge av at Fritt behandlingsvalg-løsningen (modell 4 og 5) allerede er utviklet og benyttet i FBV, vil det være lave kostnader knyttet til å iverksette en løsning basert på fritt behandlingsvalg.

Når det gjelder utviklingskostnader hos leverandørene og deres journalsystemer, har leverandørene allerede plikt til å rapportere aktivitet til NPR og egenandeler til KUHR. Deres systemer skal derfor allerede i hovedsak være tilrettelagt for nødvendig innrapportering til alle oppgjørsløsningene. Det er altså liten forskjell mellom oppgjørsløsningene på dette punktet.

7.2.1 OppgjørsmodeLL 1-3

OppgjørsmodeLL 1-3 legger til grunn prissetting ved hjelp av DRG og NPR, at Helfo utbetaler midler til fristbruddleverandørene, og viderefakturerer sykehusene.

Oppgjørsløsninger med bruk av DRG finnes ikke i dag, og må utvikles. Direktoratet har ikke beregnet kostnadene for dette. Se også omtale i [kapittel 4.13](#).

For at modell 1, 2 og 3 skal kunne innføres må det også foreligge et grunnlag for at NPR utleverer opplysninger til henholdsvis Helfo og fristbruddleverandøren. Modell 1 forutsetter at sentrale bestemmelser i helseregisterloven og NPR-forskriften om formål, virkeområde og behandling av opplysninger må endres. Det vil etter Helsedirektoratets vurdering være enklere å foreta nødvendige rettslige endringer for modell 4 enn for modell 1, 2 og 3.

Direktoratet anbefaler ikke disse oppgjørsmodeLLene, og må komme tilbake til øk/ad-vurderinger dersom det er aktuelt.

7.2.2 OppgjørsmodeLL 4

Løsningen legger til grunn faste priser, og at leverandørene sender oppgjørskrav til Helfo/KUHR. Det er denne oppgjørsløsningen Helsedirektoratet anbefaler.

Helfo/KUHR må kunne ta imot oppgjørskrav fra leverandør, og det må gjøres enkelte tilpasninger i KUHR. Dette for å kunne motta, kontrollere og behandle krav. I tillegg må det lages enkelte rapporter. Videre må

det legges til rette for viderefakturerings til sykehusene. Dette er imidlertid tilpasninger som til dels ble gjort ifm Fritt behandlingsvalg. Endringene vil derfor være av begrenset omfang, og direktoratet mener dette vil kunne være på plass i løpet av et par måneder.

Vi har ikke undersøkt hvilke journalsystemer dagens fristbruddleverandører benytter. EPJ-ene er tilrettelagt for å rapportere til NPR, og vi legger til grunn at systemene vil være i stand til å sende oppgjørskrav til KUHR/Helfo.

Modell 4 forutsetter forskriftsfesting av oppgjørsløsningen. Vi legger til grunn at det vil ta noen måneder å etablere et hjemmelsgrunnlag.

Samlet sett mener direktoratet det er sannsynlig at de tekniske og praktiske forberedelsene vil kunne gjennomføres innenfor tidsrammen av de nødvendige juridiske endringene.

7.2.3 Oppgjørsmoell 5

Som for modell 4, bygger denne løsningen på faste priser, og at leverandørene sender oppgjørskrav til Helfo/KUHR. Forskjellen er at leverandørene ikke skal sende mer opplysninger til Helfo/KUHR, enn de sender til sykehusene i dag. Dermed kreves det ikke forskriftsendring. Det er kun oppgjørsmoell 5 som vil kunne innføres uten at det må foretas regelendringer.

Det må gjøres enkelte tilpasninger i Helsedirektoratets/Helfos systemer for å kunne motta oppgjørskrav, og viderefakturere sykehusene.

Det er også grunn til å tro at leverandørene og deres EPJ vil kunne sende slike enkle oppgjørskrav i løpet av relativt kort tid.

Overføring av kontraktsansvaret fra Helfo til de regionale helseforetakene

Se også omtale i deloppdrag 5, [kapittel 6.3](#).

Å overta kontraktsansvaret kan forstås som at RHF-ene overtar ansvaret for å inngå og følge opp avtaler med leverandørene, eller det kan forstås som at RHF-ene også overtar ansvaret for å formidle pasienter til fristbruddleverandører. I dagens fristbruddordning har Helfo begge rollene.

Dersom kontraktsansvaret overføres fra Helfo til RHF, vil det innebære at Helfo mister en forvaltningsoppgave. Helfo opplyser at det jobber 18 personer med fristbrudd, hvor 6 jobber med anskaffelser av helsetjenester, og oppfølging av fristbruddleverandører. 12 personer jobber med saksbehandling, og avrop på kontraktene. Flyttes kontraktsansvaret fra Helfo må det vurderes hvilke konsekvenser dette gir for årsverk og hvilke økonomiske konsekvenser dette gir.

En overføring av kontraktsansvaret vil medføre økt ressursbruk for RHF til inngåelse og forvaltning av kontraktene.

Sykehusenes kostnader til fristbruddbehandling

Oppdraget har som utgangspunkt at det er mangelfull kostnadskontroll innenfor fristbruddordningen. Selv om det er mangelfull kontrollerbarhet av kravene fra leverandørene, og manglende samlet oversikt over utgifter til fristbrudd, foreligger det ikke anslag på om faktureringen faktisk er uriktig. Det er også vanskelig å vurdere om tiltakene vi foreslår i denne oppdragsleveransen vil bidra til å redusere sykehusenes kostnader.

Det er tidligere slått fast at fristbruddleverandørenes innrapportering til NPR ikke er komplett. Det fører til at RHF-ene går glipp av ISF-inntekter. DRG-/NPR-løsning vil sikre at RHF-ene får ISF-inntekter. Vi mener at også oppgjørsmodeell 4, i noen grad vil kunne forbedre innrapporteringen til NPR.

Anskaffelsene skjer etter konkurranse, og prisene settes ut fra konkurransene. Direktoratet har ikke grunn til å anta at prisene vil endres som følge av endring i prissettingsmodell.

Ressursbehov i Helfo og Helsedirektoratet

Oppgjør for fristbrudd vil være en ny oppgave som skal ivaretas av Helsedirektoratet og Helfo. Det må regnes med ressursbruk i begge organisasjoner. For Helfo må det påregnes at dette vil medføre økt ressursbruk knyttet til å legge inn og oppdatere et stort antall priser/takster i tråd med diagnose- og prosedyrekode. Videre vil det kreves ressurser til systemovervåkning og henvendelser fra fristbruddleverandører om innsending av krav og avviste krav, og henvendelser fra helseforetak (om det økonomiske oppgjøret med Helfo).

I tillegg vil det kreves ressurser til en løpende kontroll av de innsendte kravene, etterkontroll, og utredning og innhenting av opplysninger. Det vil også kunne være aktuelt med sanksjoner mot leverandøren, som tilbakekreving av utbetalt beløp. Tilbakekreving vil måtte skje med utgangspunkt i den inngåtte avtalen, men vil som eksempel kunne være aktuelt både i tilfeller hvor det har skjedd en feilutbetaling på grunn av systemsvikt, eller Helseforetaket anser at det er betalt ut feil og dette bekreftes av en etterfølgende kontroll.

Det må også forventes en økning i henvendelser om innsyn, både fra media og Helseforetak, samt andre. Her vil det kunne være aktuelt med krav om innsyn iblant annet datauttrekk, avtaler og korrespondanse.

Hva dette vil medføre av økt ressursbruk vil avhenge av eventuelt valg av løsning. Dette vil måtte vurderes nærmere på et senere tidspunkt. Det må inngås avtale med de regionale helseforetakene om at Helfo kan fakturere sykehusene og at betaling skal skje til Helfo. Avtaler som er benyttet innen fritt behandlingsvalg antas å kunne gjenbrukes.

7.5.1 Tekniske endringsbehov

For alle fem oppgjørsmodeller vil det være tekniske endringsbehov. Denne omtalen omhandler kun modell 4 og 5.

De tekniske endringsbehovene knytter seg til opprettelsen av et eget fagområde for fristbrudd med egne skjembilder. Det er mulig at dagens fakturaformat kan gjenbrukes med evt. noen små justeringer. Det må evt. gjøres tilpasninger i HERA-rapporter som er relevante. Det må evt. gjøres tilpasninger i Nøkkelfinfo for at data fra nytt fagområde skal bli importert. I tillegg må det lages en kobling mot Frida.

For å fakturere sykehusene kan Helfo gjenbruke logikken fra FBV-området som lager fakturaer til sykehusene basert på pasientens bostedskommune. I utgangspunktet kan dagens filformat (både behandlerkravmelding og NPR behandlerkravmelding) gjenbrukes uten at det er behov for å gjøre endringer. Det nærmere anslaget over kostnader må vurderes når det eventuelt er foretatt et valg av oppgjørsløsning.

Vedlegg: Oversikt over Helfos avtaler

SOMATIKK	Hva avtalen gjelder Fagområde		Avtaleperiode	Kan avtalen forlenges?	Er
Aleris Helse AS	- Fordøyelsessykdommer - Hjertesykdommer - Lungesykdommer - Generell indremedisin - Endokrinologi - Nyresykdommer - Blodsykdommer - Geriatrici - Revmatiske sykdommer - Hudsykdommer - Ortopedi - Øre-neste-hals - Øyesykdommer	- Plastikkirurgi - Urologi - Kvinneresykdommer - Gastroenterologisk kirurgi - Karkirurgi - Mamma og para/thyroidea - Generell kirurgi - Nevrokirurgi - Nevrologi - Barnesykdommer - Sykkelig overvekt - Fysikalsk medisin	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av fre
A-Medi AS	- Hjertesykdommer - Generell indremedisin - Geriatrici	- Hudsykdommer - Barnesykdommer - Smertetilstander	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av 02
C-Medical AS	- Ortopedi - Urologi	Kvinneresykdommer	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av 02
Kristina Klinikken AS	- Fordøyelsessykdommer - Hjertesykdommer		03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av 02
IbsenSykehusene AS	- Ortopedi - Plastikkirurgi	- Sykkelig overvekt - Gastroenterologisk kirurgi	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av 02
Moloklinikken AS	- Fordøyelsessykdommer - Hjertesykdommer	- Lungesykdommer - Barnesykdommer	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Ja av 02
Vikersund Bad Rehabilitering	- Generell indremedisin - Geriatrici	Fysikalsk medisin	03.10.2022 til 02.10.2024	Ja, inntil 1+1 år	Nei og

PHV	Hva avtalen gjelder Behandlingsgruppe og opptaksområde/HF	Avtaleperiode	Kan avtalen forlenges?	Er avtalen forlenget?	Maks varighet for avtalen

Psykologsenteret AS	Pasienter over 18 år: Nordlandssykehuset	01.11.2022 til 31.10.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	Ja, opsjon er delvis benyttet (ikke et fullt år), og avtalen er forlenget frem til 22.03.2025	22.03.2027
Speare AS – Avtale 1	Pasienter under 18 år: Helse Nord-Trøndelag	23.06.2022 til 22.06.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	Ja, opsjon er benyttet og avtalen er forlenget frem til 22.06.2025. Et delområde i kontrakten (UNN) er blitt forlenget i kun 9 måneder (frem til 22.03.2025)	22.06.2027
	Pasienter over og under 18 år: • Sykehuset Innlandet • UNN				
Speare AS – Avtale 2	Pasienter over og under 18 år: • Alle HF i Helse Sør-Øst (unntatt Innlandet) • Alle HF i Helse Vest • St.Olavs hospital • Helse Møre-og Romsdal • Finnmarkssykehuset • Helgelandssykehuset • Nordlandssykehuset	14.03.2022 til 13.03.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	Ja, opsjon er benyttet og avtalen er forlenget frem til 13.03.2025.	13.03.2027
	Pasienter over 18 år: Helse Nord-Trøndelag				
Spesialistlege AS – Avtale 1	Pasienter over og under 18 år: • Ahus • OUS • Sykehuset Østfold • Sykehuset Innlandet	28.03.2022 til 27.03.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	Ja, opsjon er benyttet og avtalen er forlenget frem til 27.03.2025	27.03.2027
	Pasienter over 18 år: Nordlandssykehuset				
Spesialistlege AS – Avtale 2	Pasienter over og under 18 år: UNN	23.06.2022 til 22.06.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	Ja, opsjon er delvis benyttet (ikke et fullt år), og avtalen er forlenget frem til 22.03.2025	22.03.2027
				Ja, opsjon er delvis benyttet	

Spesialistlege AS – Avtale 3	Pasienter under 18 år: Nordlandssykehuset	01.11.2022 til 31.10.2024	Ja, inntil 1+1+1 år	(ikke et fullt år), og avtalen er forlenget frem til 22.03.2025	22.03.2027
---	---	---------------------------------	------------------------	--	------------

Innen psykisk helsevern har Helfo inngått flere avtaler med to av leverandørene. Det som skiller avtalene er når de startet opp, og dermed varighet, samt at de gjelder innen ulike HF-områder.

Helfo opplyser at bakgrunnen for at ikke alle avtalene innen PHV er forlenget med fullt ett år er at disse avtalene gjelder for de HF (opptaksområdene) hvor det er planlagt gjennomført ny konkurranse i løpet av høsten 2024. Disse avtalene er derfor blitt forlenget frem til mars neste år, og Helfo håper innen den tid å ha å nye avtaler på plass. Men det vil uansett være mulighet for ytterligere forlengelse om det skulle bli nødvendig.

Helfo opplyser at konkurransen denne gang ikke vil være nasjonal, men gjelde et begrenset antall HF/opptaksområder. Dette vil trolig gjelde HF-ene UNN, Nordlandssykehuset, Helse Møre og Romsdal og St. Olav.

Helfo har ikke påstartet noen prosess innen somatikk, da det forventes en nærmere avklaring rundt blant annet prisfastsettelse og oppgjørsløsning. Men ettersom avtalene innen somatikk maks kan forlenges frem til oktober 2026 så er dette en anskaffelse som Helfo vurderer bør kunngjøres neste høst.

