

# Evaluering av fritt behandlingsvalg

HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn

2021

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	i
Evalueringens hovedkonklusjoner .....	i
Hvorfor fikk ikke reformen de forventete effektene?.....	i
Anbefalinger .....	iii
Forord .....	iv
DEL 1: EVALUERING AV FRITT BEHANDLINGSVALG.....	1
Metodisk tilnærming.....	2
Hovedfunn fra evalueringen og fra endringene i pasientrettighetene .....	5
DEL 2: NÆRMERE OM EVALUERINGEN .....	7
Evalueringer av tilsvarende reformer i andre land .....	7
Analyser av ventetid .....	9
Har økt konkurranse fra private tilbydere ført til mer effektive sykehus? .....	14
Valgfrihet, praksisvariasjon, prioritering av pasienter og pasientgrupper og hvem velger FBV? .....	18
Endrede pasientrettigheter .....	24
HELFOs rolle i FBV.....	26
DEL 3: EVALUERINGENS HOVEDKONKLUSJONER.....	27
Hvorfor fikk ikke reformen de forventete effektene?.....	27
Anbefalinger .....	29
Referanser .....	30
Godkjenninger .....	33
Akademisk leveranse.....	33

## Sammendrag

Fritt behandlingsvalg (FBV) ble etablert 1. november 2015. Ordningen bygger på tre søyler. i) Pasienten fikk rett til fritt behandlingsvalg mellom flere private behandlingssteder. ii) De regionale helseforetakene (RHF) skulle kjøpe mer fra private gjennom anbud. iii) Helseforetakene (HF) fikk større frihet i og med at aktivitetstaket for hvor mange pasienter HF-ene kunne behandle, ble fjernet.

Evalueringen skal belyse hvorvidt FBV bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus. Evalueringen skal i tillegg belyse effekter av endringene i pasientrettighetene som trådte i kraft 1. november 2015.

Evalueringen er basert på data og erfaringer fra de første årene av reformen, i hovedsak 2015-19.

## Evalueringsens hovedkonklusjoner

- FBV har i liten grad bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus. En forklaring er at bruken av FBV så langt har vært relativt begrenset og at HF-ene i liten grad har opplevd at drift og behandlingstilbud påvirkes. Konklusjonen må modifieres der hvor HELFO-godkjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner.
- FBV har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, både når det gjelder valg av behandlingssted, men også gjennom at private aktører tilbyr alternative tilnærminger og behandlingsmetoder. Dette økte mangfoldet er spesielt relevant innen psykisk helsevern (PH), tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB) og rehabilitering.
- Valgfriheten som følger med FBV, oppleves som svært viktig for noen pasienter. Andre pasienter ønsker seg denne valgfriheten, men har ikke hatt kjennskap til retten til FBV. Hensere informerer ikke konsekvent pasienter om denne retten, og noen motarbeider pasientens ønsker. Valgfriheten er derfor mer tilgjengelig for pasienter med kapasitet til å manøvrere seg gjennom systemet. Dette støttes av at personer med høy sosioøkonomisk status i større grad velger seg til HELFO-godkjente institusjoner.
- HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av at det i hovedsak er aktører utenfor avtalesystemet som har søkt om å bli HELFO godkjent.
- De fleste pasientene får sin henvisning vurdert innen fristen og for de fleste pasientene starter pasientforløpet innen frist for oppstart av behandling. For de fleste pasientene gis fristene til en reell start på pasientforløpet.
- Personer med lavere sosioøkonomisk status er overrepresentert blant dem som opplever fristbrudd.

## Hvorfor fikk ikke reformen de forventete effektene?

Overordnet finner vi at FBV ikke har hatt den effekten Regjeringen forventet på ventetid og sykehusenes effektivitet de første årene reformen virket. Lite bruk av godkjeningsordningen kan skyldes at ordningen er komplisert og at viktig informasjon er vanskelig tilgjengelig. Vi finner at potensielle brukere av FBV ikke engang vet om retten til FBV eller Helsensorges «Velg Behandlingssted», og at det å manøvrere seg til ønsket behandlingssted er avhengig av kunnskap, erfaring, tekniske ferdigheter, mentalt overskudd og støtte. Dette bekrefter bildet av FBV som en ordning som er tilgjengelig for noen og ikke andre.

Når det gjelder økt valgfrihet for pasientene, finner vi at reformen til dels har hatt ønsket effekt. For noen pasienter har det å kunne velge behandlingssted vært avgjørende for helse, funksjon og livskvalitet, kanskje spesielt innen fagområdene TSB, PH og rehabilitering. FBV har bidratt til

mangfold av behandlingssteder med det man kan kalle ønsket praksisvariasjon, altså en variasjon i behandlingstilnærming eller behandlingsintensitet. Denne praksisvariasjonen gjør at pasienter som benytter seg av FBV kan velge seg til det stedet med den behandlingstilnærmingen de tror vil være best for dem. Pasientdeltakerne i denne studien var enige om at denne valgfriheten var viktig å verne om; at autonomien hadde en egenverdi og at den styrket menneskeverdet. Ved tilfeller hvor faglige anbefalinger står i motsetning til pasientens ønsker, ville deltakerne ha faglig veiledning. Entusiasmen for valgfrihet må imidlertid sees i sammenheng med at det var vanskelig å rekruttere pasienter til studien og at utvalget var lite og selvselektert på grunnlag av nettopp et engasjement for valgfrihet i spesialisthelsetjenestene.

Én mulig årsak til lite bruk av FBV kan ligge i reformens – og systemets – kompleksitet. En av vanskelighetene som både pasienter og henvisere støter på, er uventet ventetid. Det er ikke alle som kjenner til at hvis man vil til et behandlingssted som ikke kan rettighetsvurdere, så må henvisningen først sendes til en vurderingsenhet. Denne prosessen kan ta 2-3 uker og må legges til den oppgitte ventetiden til behandlingsstedet for å få en oppfatning om reell ventetid. Det er også kompliserende at HELFO-godkjente steder har begrensninger i sine godkjenninger som gjør at noen pasienter har færre valgmuligheter enn diagnosen skulle tilsi, eller at de må videre til et annet behandlingssted for å få behandlet tilleggsproblematikk. Videre ønsker noen behandlingssteder å utrede pasienter selv hvis de har vært utredet et annet sted først, og ønsker om å behandles i en annen helseregion kan bli avslått dersom kapasiteten ved behandlingsstedet er fylt med pasienter fra eget opptaksområde. Samtidig kan det finnes *flere* alternativer enn pasienten er klar over, gjennom avtalespesialister som tilbyr samme behandling, men som det ikke opplyses om på nettsiden «Velg Behandlingssted». Summen av denne kompleksiteten er at det kan være vanskelig å få oversikt over mulighetene man har og å vite hvilket valg som reelt sett vil føre til kortest ventetid eller raskest tilfriskning, både for pasienter og helsepersonell som selv jobber i systemet. Ikke overraskende finner vi derfor at fastlegens (henvisers) rolle er viktig for at FBV skal fungere etter hensikten, men at denne rollen forvaltes på svært ulikt vis. Dette er ikke noe som er spesielt for FBV da evalueringer av tilsvarende ordninger i andre land også peker på henviserens nøkkelrolle for at ordningene skal fungere etter hensikten. På den annen side finner vi at det også blant helsepersonell (deriblant fastleger) ikke er tilstrekkelig kunnskap og oversikt, og at disse selv er i behov for veiledning.

I perioden vi har data fra, var omfanget at FBV såpass lite at det ikke var å forvente at reformen - det være seg godkjenningsordningen eller kjøp fra private gjennom anbud - hadde noen stor effekt på de offentlige sykehusenes ventetid og effektivitet. Denne konklusjonen må modifieres i lokale markeder hvor HELFO-godkjente leverandører var etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner. I disse markedene er det å forvente at de offentlige aktørene må hensynta behandlingstilbudet til de private. Dette kan føre til positive effekter på kvaliteten de offentlige tilbyr, variasjonen i behandlingstilbudet, og på de offentlige institusjonenes effektivitet. Men, det er også en risiko for økt konkurranse om fagfolk, en negativ innvirkning på befolkningens syn og vilje til å finansiere offentlige tjenester, og unødvendig økt etterspørsel. Det er også verdt å påpeke at den helseøkonomiske litteraturen om effektene av konkurranse i helsesektoren har vist at når prisene er gitt (som er tilfelle i Norge både for offentlige sykehus og for FBV-institusjonene) er kvalitetskonkurranse kostbart for sykehusene. De vil derfor prøve å redusere konkurransen gjennom å differensiere seg vekk fra konkurrentene, eksempelvis ved å endre sitt behandlingstilbud. Dette gjelder særlig for tjenester som er heterogene og lite standardiserte, eksempelvis innen tjenesteområdene PH og TSB. Strategisk valg av behandlingstilbud, og tilpasning til konkurrentenes behandlingsnivå, vil ifølge den helseøkonomiske forskningslitteraturen redusere effektene av konkurranse, og dermed også være en forklaring til at evalueringer av fritt-valg-ordninger ofte finner små effekter.

Det var forventet at private som allerede hadde avtale med RHF, kom til å søke om å få bli HELFO-godkjente institusjoner. I praksis ble det annerledes, i og med at det i stor grad var private uten avbudsavtaler som søkte godkjenning. Å forstå samspillet mellom de ulike delene av FBV, og da spesielt forholdet mellom kjøp av private tjenester gjennom anbud og gjennom godkjenningsordningen, er komplisert. Dette omfatter hvordan reguleringen av den ene ordningen påvirker aktørenes valg i den andre ordningen, for eksempel, hvordan prisnivået i godkjenningsordningen påvirker de private tjenesteleverandørenes insentiver til å delta i anbudskonkurranser, og hvilke tilbud de gir. Vi kjenner ikke til forskning som på en god måte belyser denne problemstillingen, men vi merker oss at en rapport fra Rigsrevisjonen i Danmark i 2009 påpekte at det ble betalt for mye til private leverandører og at de danske regionene kunne oppnå mer fordelaktige priser gjennom bruk av anbudsinstittuttet. Slik vi ser det, er det et åpent spørsmål hvordan myndighetene på en best mulig måte skal regulere disse to delene av FBV.

FBV er en komplisert reform. Den bygger både på ordninger som eksisterte før oppstart av FBV (fritt sykehusvalg og kjøp fra private gjennom anbud) og på en nyvinning (godkjenningsordningen). FBV ble i tillegg innført i hele landet samtidig. Dette betyr at FBV ble innført uten at det ble etablert en kontrollgruppe som kunne si noe om ordningens effekter. Dette har medført at det er svært krevende å identifisere kausale effekter (årsakssammenhenger) av reformen.

## Anbefalinger

- 1) Valgfriheten som følger med FBV, er av avgjørende betydning for enkelte pasienter. Muligheten til å kunne velge behandlingssted ut ifra egne behov, og blant et differensiert tilbud, er viktig å ivareta i fremtidige reformer.
- 2) Det synes som at informasjonen om FBV i henvisningsbrevet ikke er tilstrekkelig for at alle pasienter skal kjenne sin rettighet. Det bør settes i verk tiltak for at ordningen skal bidra til reell valgfrihet, for eksempel:
  - a. Å synliggjøre informasjon om FBV ved fastlegekontor og behandlingssteder, sammen med informasjon om «Velg Behandlingssted», veiledningstjenesten og klageadgang dersom man blir motarbeidet.
  - b. Å styrke veiledningstjenesten til «Velg Behandlingssted».
  - c. Å tematisere det dilemmaet en behandler kan stå overfor når pasientens ønske om behandlingssted står i kontrast til faglige vurderinger, og å gi retningslinjer til hvordan dette dilemmaet bør løses.
  - d. Forenkle systemet der det er mulig: Iverksette tiltak for å unngå doble utredninger ved behandlingstedsbytte; skille tydeligere mellom steder som kan gjøre rettighetsvurdering og steder som ikke kan; samt støtte god kommunikasjon mellom offentlige og private behandlingssteder for å ivareta god pasientflyt.
- 3) Det bør settes i gang et arbeid for å vurdere hvordan samspillet mellom godkjenningsordningen og kjøp fra private gjennom anbud kan bedres.
- 4) FBV ble iverksatt på en måte som gjør det svært vanskelig å identifisere kausale effekter av reformen. Eventuelle revisjoner bør iverksettes trinnvis med kontrollgrupper slik at en i etterkant lettere kan evaluere effektene revisjonene gir.

## Forord

På oppdrag av Norges forskningsråd har forskere fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo (UiO) sammen med forskere fra NORCE Samfunn og Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF) ved UiO evaluert ordningen med Fritt behandlingsvalg. Evalueringen er gjennomført i perioden oktober 2017 – juni 2021.

Prosjektet er ledet fra HELED, UiO, med de andre partnerne som konsortiedeltakere.

Prosjektleder har vært professor i helseøkonomi Oddvar Kaarbøe.

### Om det politiske tiltaket

Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg er en reform med tre søyler:

- 1) Pasienten får rett til fritt behandlingsvalg
- 2) De regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra private gjennom anbud
- 3) De offentlige sykehusene får større frihet

### Om evalueringen

Evalueringen skal belyse hvorvidt fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus. Evalueringen skal i tillegg belyse hvorvidt øvrige endringer i pasientrettighetene som trådte i kraft 1.11.2015 har bidratt til god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, forsvarlige pasientforløp og riktig prioritering av pasientene, jf. Prop. 118 L (2012–2013).

Evalueringen skal legges opp slik at den muliggjør læring, synliggjør evt. effekter og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av reformen fritt behandlingsvalg. Det er behov for ulike typer prosjekter som både kan gi en prosess- og resultatorientert evaluering. Kvantitative evalueringsstudier, herunder registerbaserte studier der slike data er tilgjengelige etterspørres særlig.

Evalueringsoppdraget og hvilke hovedspørsmål evalueringen skal besvares beskrives nærmere i vedlegg A.

### Om rapporten

Rapporten er i tre deler. I Del 1 gir vi en oversikt over evalueringen og dens hovedresultater. I Del 2 går vi nærmere inn på studiene som er gjennomført. Vi viser også til internasjonale erfaringer fra tilsvarende reformer i Danmark, Sverige og England. I Del 3 oppsummerer vi hovedkonklusjonene fra evalueringen og gir anbefalinger for videre utvikling av fritt behandlingsvalg.

## DEL 1: EVALUERING AV FRITT BEHANDLINGSVALG

Fritt behandlingsvalg (FBV) ble etablert 1. november 2015 og bygger på tre søyler (1). For det første fikk pasienten rett til fritt behandlingsvalg mellom flere private behandlingssteder. For det andre skulle de regionale helseforetakene (RHF) kjøpe mer fra private gjennom anbud. For det tredje fikk de offentlige sykehusene større frihet i og med at aktivitetstaket for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kan behandle ble fjernet. De to siste søylene omfattet allerede eksisterende ordninger og tiltak; den første søylen var en nyvinning idet private tilbydere uten avtale med RHF kunne yte spesifikke helsetjenester og i etterkant kreve refusjon fra staten gjennom priser fastsatt av Helsedirektoratet. Denne søylen, som omtales som godkjenningsordningen, forutsetter at Helseøkonomiforvaltningen HELFO har forhåndsgodkjent den private virksomheten.

FBV ble innført på et tidspunkt hvor mange pasienter ventet lenge på behandling ved sykehus. Samtidig kunne det være ledig kapasitet både i offentlige og private sykehus, og de med god råd kunne kjøpe seg ut av køen. Det var Regjeringens syn at alle krefter måtte tas i bruk for å sikre et offentlig finansiert helsetilbud som er så godt at folk velger det (2). Regjeringen uttrykte samtidig en forventning om at økt konkurranse ville stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive slik at de fortsatt kunne være bærebjelken i et offentlig helsevesen. Antallet pasienter som nyter godt av FBV vil dermed kunne være langt større enn det antallet pasienter som benytter retten til å gå til private behandlingssteder. Til slutt påpekte Regjeringen at valgfrihet er et gode i seg selv, og at FBV er et virkemiddel som understøtter arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste.

Godkjenningsordningen ble først innfaset innenfor psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB), samt enkelte fagområder innen somatikk. Senere er ordningen utvidet til å inkludere flere tjenester samt tjenesteområdene psykisk helsevern barn og unge (2016), habilitering (2017) og rehabilitering (2017). De fleste pasientene som er behandlet i godkjenningsordningen er somatiske pasienter. Størstedelen av kostnadene er derimot knyttet til tjenesteområdene TSB og PH (3).

Da Stortinget vedtok FBV ble det samtidig bestemt at det skulle etableres en forskningsbasert følgeevaluering i regi av Norges forskningsråd (4). Evalueringen skulle belyse hvorvidt FBV bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus. Evalueringen skulle legges opp slik at den muliggjør læring, synliggjør eventuelle effekter og legger til rette for et framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av reformen fritt behandlingsvalg.<sup>1</sup>

Evalueringen er todelt. Den første delen skal belyse hvorvidt FBV bidrar til å realisere de sentrale målene nevnt ovenfor. Den andre delen er relatert til endringene i pasientrettighetene som trådte i kraft 1. november 2015. Vi skal svare på om endringene har bidratt til at fristene gis til en reell start på et pasientforløp, og om pasienter venter uhensiktsmessig lenge etter at pasientforløpet er startet og fristen oppfylt. Fristene det er snakk om er retten til å få sin henvisning vurdert innen 10 virkedager (tidligere 30 virkedager<sup>2</sup>), og frist for når helsehjelpen senest skal starte for alle pasienter som blir vurdert til å skulle motta helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Vår evaluering er basert på data og erfaringer fra de første årene av reformen, i hovedsak fra årene 2015-19. Vi har organisert evalueringen gjennom tre delstudier.

---

<sup>1</sup> Vedlegg A beskrives evalueringsoppdraget og hvilke hovedspørsmål evalueringen skal besvares.

<sup>2</sup> Barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser hadde vurderingsfrist på 10 dager også før november 2015.

Delstudie	Datagrunnlag	Metode	Tidsperiode datainnsamling
<b>Delstudie 1</b> (5–7)	Registerdata fra: Norsk Pasientregister (NPR), KUHR-databasen og Fastlegedatabasen. Statistisk sentralbyrå: Data om kjønn, alder, sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning), sivil status og innvandrersstatus. Avstand og reisetid med bil mellom alle postnummer i Norge	Ulike typer regresjonsanalyser inklusiv forskjeller-i-forskjeller-analyser	Registerdata fra årene 2013-2018.
<b>Delstudie 2</b> (8)	Individuelle intervjuer med representanter for HF, RHF, HELFO, aktører innenfor godkjenningsordningen (totalt 65 intervjuer, hovedsakelig innenfor TSB og PH). Dokumentstudier: Sentrale reformdokument, inkludert utvalgte høringsuttalelser	Semi-strukturerte intervjuer og dokumentanalyse	Intervjuene ble gjennomført i perioden mai 2018- desember 2019
<b>Delstudie 3</b> (9)	Fokusgruppe-intervjuer (6) Individuelle intervjuer (9) Med <i>pasienter</i> (TSB, N = 8; PH, N = 7; rehabilitering, N = 3; gastrokirurgi, N = 1); <i>helsepersonell</i> (Offentlig, N = 6; privat med anbudsavtale, N = 4; privat med HELFO-godkjenning, N = 6); samt <i>pasientrådgiverne ved veiledningstjenesten til "Velg Behandlingssted"</i> (N = 9)	Semi-strukturerte intervjuer (fysiske, over telefon og digitale). Tematisk analyse, iterativ prosess, metodisk tilpasning underveis.	Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden august 2019 – august 2020

Tabell 1: Oversikt over delstudiene.

## Metodisk tilnærming

Før vi presenterer hovedfunnene av evalueringen vil vi si noe om vår metodiske tilnærming.

Når det gjelder delstudie 1 er en grunnleggende utfordring ved all evalueringsforskning at om man skal si noe sikkert om effekten av et tiltak, må man vite med sikkerhet hva som ville skjedd om tiltaket ikke hadde blitt innført. Dette er naturligvis ikke mulig - man kan ikke observere den samme enheten (individet, sykehus, kommune, eller andre institusjoner) på samme tidspunkt både med og uten tiltaket. Det er derfor knyttet usikkerhet til resultatet fra alle effektevalueringer.

Det finnes ulike metoder for å løse problemet med manglende informasjon. Valg av evalueringsmetode vil avhenge av hvordan reformen er iverksatt og hvilke data som er tilgjengelige. For å kunne estimere kausale effekter av en reform, det vil si å fastslå at det er reformen som forårsaker effektene vi observerer, trenger man informasjon om utfallene før og etter reformen. Men, siden det typisk er andre forhold enn reformen som endres over tid, vil resultatene fra en enkel før-etter analyse vanligvis ikke kunne tolkes som kausale effekter. Det er derfor vanlig å benytte en kontrollgruppe som tiltaksgruppen sammenlignes mot i evalueringsstudier.

Det er avgjørende at kontrollgruppen ikke påvirkes av reformen, men ellers består av enheter som er sammenlignbare med tiltaksgruppen. Ideelt sett vil man ønske at det er (så godt som) tilfeldig om enhetene kommer i tiltaks- eller kontrollgruppen, noe som for eksempel kan gjelde om en reform innføres stegvis i ulike geografiske områder. I slike tilfeller kan man anta at utfallet til enhetene i kontrollgruppen ville representert utfallet som enhetene i tiltaksgruppen ville hatt om reformen ikke hadde blitt innført (det kontrafaktiske utfallet). En slik før-etter sammenligning med tiltaks- og kontrollgruppe kalles en forskjeller-i-forskjeller-analyse, og er svært mye brukt innen effekt-



valuering. Ved å sammenligne utvikling i tiltaks- og kontrollgruppen før reformen, er det mulig å danne seg et inntrykk av hvor valid kontrollgruppen er (det vil si om utfallene i kontrollgruppen vil representere utfallene i tiltaksgruppen om reformen ikke ble innført). En slik sammenligning er det imidlertid bare mulig å gjennomføre etter at data foreligger.

En annen utfordring er at FBV bygger på både eksisterende ordninger (fritt sykehusvalg, bruk av anbud og avvikling av aktivitetsbestillingen), og på en ny ordning (godkjenningsordningen). All aktivitet innen godkjenningsordningen kan tilskrives reformen, og det er dermed enkelt å identifisere om et sykehus, en privat aktør eller en helseregion er omfattet av ordningen. Når det gjelder bruk av anbud eller fritt sykehusvalg er det vanskeligere å vite om endringer skyldes reformen eller om disse endringene hadde skjedd uansett. Generelt vil det at FBV bygger på tre søyler, som ikke er iverksatt samtidig, gjøre det utfordrende å identifisere eventuelle effekter av reformen.

Det har i evalueringsperioden vært relativt få pasienter som har benyttet seg av godkjenningsordningen (10). Dette betyr imidlertid ikke at vi kan konkludere med at reformen har hatt begrenset effekt. Det lave volumet kan være en konsekvens av at trusselen om konkurranse har ført til at de offentlige sykehusene forbedret seg slik at pasientene velger å få sin behandling hos dem. Det er metodisk krevende å fange opp empiriske effekter av trussel om konkurranse.<sup>3</sup>

I delstudie 2 har vi hatt fokus på PH og TSB som er tjenesteområder som ble inkludert i reformen fra starten av. I alt ble 38 intervjuer gjennomført i første runde (2018), mens det i andre runde (2019) ble gjennomført re-intervju i 27 tilfeller for å belyse eventuelle utviklingstrekk. I noen tilfeller ble re-intervju foretatt med andre intervjuobjekt enn i første, men disse var plassert i tilsvarende posisjoner som i første runde. Semi-strukturerte intervju ble gjennomført med representanter fra 28 helseforetaksenheter og de fire RHF-ene. Vi gjennomførte også et mindre antall intervju med representanter for ideelle og kommersielle aktører innenfor HELFO godkjenningsordningen, samt et intervju med en aktør som hadde valgt å stå utenfor HELFO godkjenningsordningen.

Det er grunn til å forvente at for eksempel tilgang på nøkkelpersonell og grad av konkurranse fra private aktører vil variere mellom store byregioner og mindre tettbygde regioner. Geografi og fagområder vil kunne påvirke svar. I utvalget er det derfor lagt vekt på å gjøre intervju med representanter fra offentlige institusjoner på både TSB og PH i ulike deler av landet for å kunne fange opp slike forskjeller.

I Delstudie 3 intervjuet vi pasienter (N = 19), helsepersonell (N = 16) og pasientrådgiverne ved veiledningstjenesten til «Velg Behandlingssted» (N = 9). Intervjuene var semi-strukturerte og omfattet fokusgruppeintervjuer (6) og individuelle intervjuer (9). Av de individuelle intervjuene var fire re-intervjuer for å utdype og klargjøre tidligere intervjuer. Intervjuene ble gjennomført fysisk, over telefon, eller over en lukket, nettbasert, skriftlig løsning. Det var vanskelig å få rekruttert deltakere, både pasienter og helsepersonell. Utvalget er derfor et «bekvemmelighetsutvalg» (convenience sample) hvor de som viste interesse for å delta i en studie om valgfrihet i spesialisthelsetjenesten fikk delta. Det var en overvekt av deltakere fra TSB, PH og rehabilitering, men også gastrokirurgi, nevrologi, hjerte/kar og plastikk-kirurgi var representerte fagområder (og alle fagområder dekkes av pasientrådgiverne). Det ble tatt høyde for at utvalget var selvselektert i utarbeidelsen av temaer. En mer inngående metodisk beskrivelse kan man finne i (9).

Vi mener at alle delstudiene var nødvendige for å forstå betydningen av og karakterisere effektene av FBV. De kvantitative analysene (delstudie 1) har bidratt til effektevalueringen, blant annet analyser

---

<sup>3</sup> I tillegg vil FBV også øke den totale behandlingsskapasiteten, noe som i seg selv vil kunne påvirke ventetider ved offentlige sykehus.

av ventetid og liggetid, mens de kvalitative dataene (delstudie 2 og 3) har bidratt til prosessevalueringen som etterspørres.

Siden det er relativt få pasienter som har mottatt behandling innen tjenesteområdene PH, TSB og habilitering i perioden vi har registerdata fra, se Tabell 2, er spørsmål rundt disse tjenesteområdene i hovedsak besvart gjennom deskriptiv statistikk og kvalitative analyser.

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>TSB</b>	1	154	247	397
<b>Psyk voksne</b>	92	132	169	250
<b>Psyk barn/unge</b>	0	0	5	9
<b>Somatikk</b>	23	1 792	4 432	7 855
<b>Habilitering</b>	0	0	6	15
<b>Totalt</b>	116	2 078	4 859	8 526

Tabell 2. Antall pasienter i godkjeningsordningen per tjenesteområde og totalt i perioden fra 2015 til 2018. Kilde: KUHR.

## Hovedfunn fra evalueringen og fra endringene i pasientrettighetene

I det følgende gis en oppsummering av hovedfunnene i evalueringen og fra endringene i pasientrettighetene som trådte i kraft 1. november 2015.

### Har FBV bidratt til reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus?

Det korte svaret er at FBV i liten grad har bidratt til reduserte ventetider og mer effektive sykehus, men FBV har bidratt til økt valgfrihet for pasientene. Når det gjelder bruken av de somatiske tjenestene i godkjenningsordningen finner vi at det er særlig de yngre, kvinner og personer med høy utdanning som har benyttet seg av ordningen.

#### Ventetid

Vi finner at pasienter som blir behandlet i HELFO-godkjente institusjoner har kortere ventetid enn pasienter som får tilsvarende behandling i offentlige sykehus. Videre finner vi at pasienter som blir behandlet på offentlige sykehus som har (minst) en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde har en større ventetidsreduksjon enn pasienter som blir behandlet på offentlige sykehus som ikke har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde. Effekten er liten og bare signifikant for året 2016.

#### Mer effektive sykehus

Liggetid innen tjenesteområdene TSB og PH kan gi en indikasjon på effektivitet. Fra registerdataene ser vi at pasienter som får sin behandling på HELFO-godkjente institusjoner er innlagt betydelig lengre enn pasienter i det offentlige. Dataene viser også at liggetiden i de offentlige helseforetakene innen PH og TSB ikke endrer seg etter reformen.

Intervju innenfor PH og TSB tyder på at sykehusene i liten grad har utvidet egen kapasitet for å øke inntektene og møte økt konkurranse fra private aktører. FBV har i liten grad ført til mer kjøp av private tjenester gjennom anbud. Våre informanter fra tjenesteområdene TSB og PH påpeker at FBV i liten grad har endret drift og behandlingstilbud på offentlige sykehus, men at muligheten for kostnadskontroll og styring av ressursbruk er vesentlig redusert, spesielt som følge av godkjenningsordningen. Hvor utfordrende dette er i praksis varierer etter geografi og nærværet av private virksomheter godkjent av HELFO.

Effektiviteten i de offentlige sykehusene påvirkes av FBV-reformens innvirkning på pasientflyt, pasientforløp og samhandling. Dokumentene som følger reformen (2,11) gir inntrykk av at det var forventet at private som allerede hadde avtale med RHF kom til å søke godkjenning, og intervjuene viser at sentrale aktører hadde en slik forventning. I praksis ble dette annerledes: Det var i stor grad private uten anbudsavtaler som søkte godkjenning. Myndighetenes forventning om å utnytte restkapasitet hos etablerte anbudsinstusjoner ser med andre ord ikke ut til å ha slått til. Derimot har det oppstått et økt mangfold av behandlingssteder.

Videre fant vi en betydelig skepsis mot HELFO-godkjente institusjoner blant mange offentlige aktører; samarbeidsutfordringer; samt utfordringer knyttet til pasientflyt. Disse problemene kan kanskje tilskrives manglende erfaring med samarbeid med det offentlige om spesialisthelsetjenester. I oppfølgingsrapporter fra HELFO samt i våre intervju kommer det frem at flere HELFO-godkjente institusjoner hevder at offentlige sykehus viser liten vilje til samarbeid og å henvise pasienter. Vi finner også at HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av sammensetningen av de HELFO-godkjente virksomhetene.

## Valgfrihet

Vi finner at pasientene har fått økt valgfrihet både i valg av behandlingssted, men også gjennom at private aktører tilbyr alternative tilnærminger, behandlingsmetoder og behandlingsintensitet. Dette er spesielt relevant innen PH, TSB og rehabilitering. Vi finner også at valgfriheten som følger med FBV oppleves svært viktig for noen pasienter, kanskje særlig innen TSB, PH og rehabilitering, men også at noen pasienter ikke får realisert sin rett til FBV idet valgfriheten betinges av kapasiteten til pasientmanøvrering, som avhenger av kunnskap, erfaring, tekniske ferdigheter, mentalt overskudd og støtte. Behovet for pasientmanøvrering henger blant annet sammen med at ikke alle henvisere informerer om FBV og noen direkte motarbeider pasientens ønsker. Vi finner med andre ord en risiko for en form for todeling av helsevesenet, ikke forstått som en todeling mellom de som har penger til å kjøpe seg ut av køen og de som ikke har det, men i ulikhet i informasjonstilgang og kapasitet til pasientmanøvrering.

Analyser av registerdata fra somatikken viser at det er særlig kvinner, personer under 40 år, og personer med høyere utdanning som har en høyere sannsynlighet for å benytte en privat virksomhet i godkjenningsordningen. I tillegg finner vi at bedre tilgjengelighet, målt som avstand i kilometer til nærmeste privat virksomhet i godkjenningsordningen, øker sannsynligheten for at denne blir valgt. Den viktigste faktoren er imidlertid fastlegens henvisningspraksis: Vi finner at pasienter som tilhører pasientlister der en relativt stor andel av pasientene mottok behandling på private sykehus i 2017, har en høyere sannsynlighet for å benytte ordningen i 2018. Dette samsvarer med de kvalitative funnene som peker på svært ulike holdninger til pasientens rett til FBV blant de som henviser.

## Har endringene i pasientrettighetene bidratt til reelle frister og reduserte interne ventetider på sykehus?

For å svare på om fristene er reelle har vi beregnet i) vurderingstid og andel henvisninger som ikke er vurdert innen 10 virkedager, og ii) start på behandling relativt til fristen som er gitt for når helsehjelp senest skal starte. For begge fristene identifiserer vi egenskaper hos pasientene som gir økt sannsynlighet for fristbrudd. Vi besvarer spørsmålet om pasientene venter uhensiktsmessig lenge gjennom å beregne den interne ventetiden pasientene opplever på sykehuset. Vi beregner tiden fra første besøk på sykehuset til det utføres enten en i) medisinsk prosedyre, ii) en kirurgisk prosedyre, eller iii) til pasienten blir innlagt til et døgnopphold. Vi beregner også ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk for pasienter som har minst to besøk i sitt pasientforløp. Analysene er basert på registerdata er fra årene 2013-18.

Vi finner at de fleste pasienter får sin henvisning vurdert innen fristen på 10 virkedager og at fristen som er gitt til behandlingsstart blir overholdt. Vi finner også at det er færre fristbrudd i 2018 enn i 2016. Gitt at fristene ikke overholdes, finner vi at ventetiden er relativ lang, og at de med lavere sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning) er overrepresentert blant dem som ikke får sin henvisning vurdert innen fristen. Innen somatisk sektor er også menn overrepresentert.

Våre analyser av om fristene gis til en reell start på et pasientforløp viser at om lag tre av fire av pasientoppholdene i somatisk sektor enten bare har ett opphold, eller at det blir utført en medisinsk eller kirurgisk prosedyre under første opphold. Vår tolkning er at dette oppholdet er en reell start på pasientforløpet. Gitt at somatiske pasienter må vente på utredning/behandling etter første besøk på sykehuset finner vi at ventetiden er redusert i perioden 2016-2018 sammenlignet med perioden 2013-2015 for pasienter som venter enten på en innleggelse eller en kirurgisk eller medisinsk prosedyre. Selv om ventetiden er redusert vil nok mange pasienter oppleve at ventetiden er lang. Til slutt finner vi at ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk er tilnærmet uendret fra 2016 til 2017 for somatikk og PH, mens den er redusert med noen dager innen TSB.

## DEL 2: NÆRMERE OM EVALUERINGEN

### Evalueringer av tilsvarende reformer i andre land

I dokumentene som ligger til grunn for FBV gjennomgås de andre nordiske landenes lovgivning rundt pasientrettigheter (2,12). Ordninger fra våre naboland Danmark og Sverige, hvor pasienter kan velge mellom private virksomheter som er godkjent for å levere definerte helsetjenester til en fastsatt pris, er omtalt i (11). I tillegg til disse to landene er det også i England innført ordninger hvor pasienter kan velge mellom private virksomheter som er godkjent for å levere definerte helsetjenester og betalt av det offentlige (13).

#### Danmark

Ordningen om det utvidede frie sykehusvalg ble innført i 2002 med formål å sikre pasientene rett til behandling på private sykehus. Målet er å unngå lange ventetider (14). Reformen gir pasientene en utvidet rett til fritt sykehusvalg dersom regionsrådet ikke innen 2 måneder etter henvisningen er mottatt kan tilby behandling ved egne sykehus eller et samarbeidssykehus.<sup>4</sup> Når personen er henvist til behandling for en alvorlig sykdom, er fristen 1 måned. Fristen regnes fra det tidspunkt hvor pasienten er utredet.

Den danske reformen er evaluert i 2004 og 2007. Evalueringene er omtalt i (11). Evalueringene peker på forhold knyttet til informasjon, kvalitet, samarbeid og økonomi og styring som utfordrende. Blant annet opplyser mange pasienter som har benyttet seg av ordningen at de ikke hadde fått informasjon om ordningen til tross for at de offentlige sykehusene har plikt til å informere om det ved en forventet ventetid på mer enn to måneder. På bakgrunn av den første evalueringen ble sykehusene tillagt en utvidet informasjonsplikt gjennom en endring av Sundhedsloven i 2005.

I et nyere akademisk arbeid undersøker forfatterne om det er en sosioøkonomisk gradient i bruken av det utvidede frie sykehusvalget (15). Pasienter som bruker dette valget kan ha betydelig kortere ventetid enn de som ikke bruker retten, men pasienten må selv ta initiativ til å benytte seg av det utvidede frie sykehusvalget. Forfatterne ser på ventetider for behandling av grå stær og kirurgisk fjerning av prostata og finner at det er en sosioøkonomisk gradient som favoriserer pasienter med universitetsutdanning og høye inntekter.

#### Sverige

Fra 2015 har pasientens rett til å kunne velge å få utført helsehjelpen utenfor egen kommune eller landsting (16). Valgfriheten gjelder både offentlige behandlingssteder og private med avtale. Innenfor spesialisthelsetjenesten gjelder ikke retten helsehjelp som krever innleggelse. Landstingene kan selv velge hvordan tjenestene skal prises. De fleste ordningene har basert seg på det nasjonale takstsystemet. Noen landsting har også fastsatt priser basert på behandlingspakker og behandlingsresultater (11). Vi kjenner ikke til evalueringer av denne reformen.

#### England

Det er etablert tre ordninger i England de siste årene som har likehetstrekk med FBV. Den første reformen ble innført i 2002 og førte til at private kirurgiske sentre kunne tilby elektiv behandling i gitte høy-volum diagnoser til pasienter fra det engelske helse-systemet (NHS-pasienter). Lokaliseringene av sentrene ble bestemt av myndighetene og de ble plassert der hvor det var lange

---

<sup>4</sup> De danske regionene har tilsvarende rolle som de regionale helseforetakene i Norge.

ventetider. Disse sentrene kunne bare behandle NHS-pasienter. Betalingen de mottok var bestemt gjennom forhandlinger med myndighetene.

Den andre ordningen var utvidelsen av fritt behandlingsvalg i 2006. Ordningen medførte et krav om at alle pasientene i det engelske helsesystemet skulle gis et valg mellom fem sykehus når de henvistes fra fastlegen.

Den siste ordningen ble implementert i 2008. Den åpnet opp for at profittdrevne private sykehus kunne konkurrere om å behandle NHS-pasienter. Sykehusene kunne selv bestemme egen lokalisering, og de kunne behandle både NHS-pasienter og andre pasienter. Fra 2012/13 ble de private sykehusene finansiert på bakgrunn av de nasjonale DRG-takstene i England (som kalles HRG).

De engelske ordningene er analyser i flere akademiske arbeider. Dette er arbeider som ikke bygger på en fullstendig evaluering av ordningene, men som tar for seg ulike elementer ved ordningen. Alle studiene fokuserer på utvalgte tjenester innen somatikken.<sup>5</sup>

Ordningen med utvidet fritt valg fra 2006 er blant annet analyser i (17,18). (18) viser at pasientene responderer på den økte valgfriheten med å bli mer kvalitetsbevisste. Det vil si pasientene velger i større grad sykehus med god kvalitet. Dette førte igjen til at sykehusene responderte med å forbedre kvaliteten de tilbød. Til sammen førte endringene til en nedgang i dødeligheten etter hjerteoperasjoner (koronare bypassoperasjoner, CABG).

Det andre arbeidet fokuserte på tilbudssiden, med andre ord på de direkte effektene ordningen hadde på sykehusene kvalitet. I tillegg til å analysere hjerteoperasjoner (CABG) ser de på hoft- og kneoperasjoner. Analysene er en (variant av) forskjeller-i-forskjeller analyse hvor forfatterne undersøker om offentlige sykehus som møter sterk konkurranse fra private responderer annerledes enn offentlige sykehus som møter lite konkurranse fra private. For hoft- og kneoperasjoner finner forfatterne at de offentlige sykehusene som møtte sterkest konkurranse responderte med å redusere kvaliteten, målt som antall øyeblikkelige reinnleggelser innen 28 dager, øke ventetiden og å redusere liggetiden. Forfatternes forklaring på resultatene er i) at de regulerte prisene som sykehusene fikk ikke dekket marginalkostnadene ved behandling av kne- og hoftoperasjoner, og ii) at den økte konkurransen førte til at flere pasienter ville velge sykehus med god kvalitet. Siden de offentlige sykehusene gikk med et økonomisk tap for hver hoft- og knepasient som ble behandlet responderte de på den økte kvalitetsbevisstheten til pasientene med å redusere kvaliteten og dermed det økonomiske tapet. For koronare hjerteoperasjoner finner forfatterne ingen effekt av økt konkurranse fra private.

Effektene av å åpne opp for at private kirurgiske sentre kunne tilby elektiv behandling i gitte høyvolum diagnoser til NHS-pasienter er analysert i (19). Forfatterne bruker en forskjeller-i-forskjeller-analyse og setter søkelys på hvordan sykehusenes effektivitet, målt som preoperativ liggetid, endres for de sykehusene som ligger nært et privat kirurgisk senter (tiltaksgruppen) sammenlignet med sykehusene som ligger langt fra et privat kirurgisk senter (kontrollgruppen). Effektmålet er valgt fordi liggetid før operasjon er lite påvirket av pasientenes helsetilstand og fordi endring i ventetid er et dårlig mål å bruke når myndighetene plasserte de private kirurgiske sentrene der hvor liggetiden er lang. Forfatterne finner at de offentlige sykehusene i tiltaksgruppen hadde en større nedgang i liggetiden før operasjon etter reformen sammenlignet med sykehusene i kontrollgruppen, at

---

<sup>5</sup> Den internasjonale forskningslitteraturen rundt effekter av markedsreformer som (utvidet) fritt sykehusvalg har i stor grad fokusert på somatiske tjenester (31).

pasientene som ble behandlet på de private sentrene var relativt friskere, mens de pasientene som ble værende igjen på de offentlige sykehusene var relativt sykere.

Den siste analysen er knyttet til ordningen som åpnet opp for at profitt-drevne private sykehus kan konkurrere om å behandle NHS-pasienter. Fokus i analysen er å undersøke om pasientene som blir behandlet hos de private har en annen sosioøkonomisk status enn de som blir behandlet på offentlige sykehus. Data er fra 2012/13, det vil si fra den perioden hvor de private sykehusene fikk den samme finansiering som de offentlige sykehusene. Behandlingen som analyseres er hofteoperasjoner. I denne perioden var ventetiden hos de private sykehusene betydelig kortere enn for de offentlige sykehusene. Analysen er dokumentert i (20). Forfatterne finner at det å åpne opp markedet for profitt-drevne sykehus var til dobbelt så stor nytte for de rikeste som for de fattigste, at hvite pasienter tjente seks ganger mer enn etnisk-minoritetspasienter. Forfatterne dekomponerer disse forskjellene og finner at om lag 50% av forskjellene kan forklares i pasientenes bosted og helse. Betydningen av fastlegenes henvisningspraksis var mindre, men ikke neglisjerbar.

### Hva vektlegger fastlegene i sine valg av sykehus?

Vi avslutter de internasjonale erfaringene med å se på to studier som belyser hva fastleger vektlegger når han/hun tar valg på vegne av/sammen med pasientene. Den ene studien er fra England, den andre fra Danmark.

Den danske studien, (21), er en retrospektiv spørreundersøkelse sendt ut til danske fastleger (N=474) i Roskilde, Storstrøm og Vestsjælland i desember 2003. 240 fastleger svarte på undersøkelsen og 183 av dem (76%) rapporterte at de hadde valgt sykehus på vegne av den siste pasienten de hadde henvist. Kort avstand til sykehuset var den mest vanlige begrunnelsen som legene oppgav for sitt valg. Undersøkelsen viste videre at fastlegene tillit offisiell informasjon om kvalitet og ventetid liten vekt, og at de heller fokuserte på uformelle informasjonskilder som tilbakemeldinger fra pasienter og kollegaer, samt deres egne erfaringer rundt samarbeid med sykehusene.

Den andre studien er en registerdatastudie fra England (22). Den tar utgangspunkt i at fra 2006 skal alle pasienter gis et valg mellom fem sykehus, men at det er fastlegen som velger ut hvilke fem sykehus pasientene får velge fra. Studien analyserer derfor et to-steps beslutningsproblem. Først, og på bakgrunn av fastlegenes henvisningspraksis, genereres menyen av sykehus som pasientene kan velge mellom. Deretter velger pasienten sykehus. Analysen fokuserer på hofteoperasjoner. Forfatteren viser at fastlegene valgte menyen pasientene kunne velge fra basert på kvalitet, eksempelvis ventetid og standardiserte dødelighetsrater, men at fastlegen som representant for de lokale helsemyndighetene også hensyntok de finansielle konsekvensene av valgmenyen pasientene kunne velge fra. Pasientene derimot vektla faktorer som bidro til å forenkle sykehusoppholdet, eksempelvis tilgang til parkering.

## Analysen av ventetid

Våre registerbaserte analyser av ventetider er knyttet til somatisk sektor.<sup>6</sup> Vi har gjennomført to typer analyser. I den første analysen sammenligner vi ventetiden for pasienter som i) bor i samme kommune; ii) har samme kjønn; og iii) er lik i alder, men som enten får sin behandling hos en HELFO-godkjent leverandør eller på et offentlig sykehus. Pasientene venter på utredning og behandling for en av de 20 mest brukte tjenestene som de HELFO-godkjente-institusjonene utløste i 2018. Dette omtales som matching-analysen. Den andre typen analyser er forskjeller-i-forskjeller analyser. Her

---

<sup>6</sup> For tjenesteområdene TSB og PH for voksne er det så få pasienter som er behandlet hos FBV-leverandører at det ikke er hensiktsmessig å gjennomføre analyser av utvikling i ventetid mellom private tilbydere og offentlige sykehus.

undersøker vi om ventetiden for de offentlige sykehusene blir påvirket av å ha en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde.<sup>7</sup>

### Matching-analysen

Gjennomsnittlig ventetid for de offentlige sykehusene som er inkludert i matching-analysen er 98 dager. Ventetiden er om lag 38 dager for de som velger å få sin behandling i en HELFO-godkjent institusjon. Ventetiden er med andre ord betydelig kortere (ca. 60 dager) for de pasientene som velger å bli behandlet på en HELFO-godkjent-institusjon sammenlignet med de som får sin behandling i et offentlig sykehus. Men, og som vi påpekte i diskusjon om metodevalg, gir ikke en slik direkte sammenligning en kausal effekt. Det vil si at vi ikke kan fastslå at det er ordningen med FBV som er årsaken til at ventetiden for behandling i en HELFO-godkjent institusjon er kortere enn for de som får en tilsvarende behandling i et offentlig sykehus.

### Forskjeller-i-forskjeller analysene

I forskjeller-i-forskjeller-analysene sammenligner vi endring i ventetiden til offentlige sykehus som har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde med endring i ventetiden til offentlige sykehus som ikke har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde. Målsetning med disse analysene er å si noe kausalt om utviklingen i ventetid etter innføringen av FBV, altså i hvilken grad ordningen med FBV har bidratt til lavere ventetider.

Vi gjennomfører analyser hvor vi i alle analysene estimerer regresjonsmodellene med faste effekter på helseforetaksnivå og for år. På denne måten kontrollerer vi for alle konstante forhold som påvirker ventetid (både observerbare og uobserverbare) på helseforetaksnivå og for generelle variasjoner i sykehustilbudet mellom helseforetakene.

Analysene bygger på ulike antakelser om i hvilken grad HELFO-godkjente institusjoner kan tenkes å påvirke ventetiden i de offentlige sykehusene. I den første analysen antar vi at det å ha en HELFO-godkjent institusjon i opptaksområdet påvirker ventetid i det offentlige sykehuset for all somatisk behandling. Det vil si også for behandlinger som den HELFO-godkjente institusjonen ikke tilbyr. Tankegangen her er at det å ha en HELFO-godkjent institusjon i opptaksområdet stiller det offentlige sykehuset i en konkurransesituasjon som gjør at det yter en ekstra innsats for å redusere ventetidene. Denne analysen kan kritiseres med at det er urealistisk at all behandling påvirkes av en konkurrent som bare tilbyr deler av den samme behandlingen som det offentlige sykehuset tilbyr.

I den andre analysen antar vi derfor at bare noen behandlinger utover hva den HELFO-godkjente institusjonen tilbyr, blir påvirket. Dette er behandlinger som ligger tett opp til de behandlingene som den HELFO-godkjente institusjonen tilbyr (definert som å være i samme hoveddiagnosegruppe). En mekanisme vi tenker på her er at den ekstra kapasiteten som den HELFO-godkjente institusjonen tilbyr, åpner opp for at det offentlige sykehuset vrir ressurser fra disse behandlingene og til nærliggende behandlinger.

Til slutt gjennomfører vi en analyse hvor vi antar at ventetiden til det offentlige sykehuset bare blir påvirket for de behandlingene som den HELFO-godkjente institusjonen også tilbyr (målt ved DRG<sup>8</sup>). En mekanisme som begrunner denne analysen er at det ikke er konkurranse, men den ekstra kapasiteten som den HELFO-godkjente institusjonen tilbyr, som påvirker ventetiden i det offentlige sykehuset.

---

<sup>7</sup> Hvert helseforetak har et opptaksområde som inkluderer bestemte kommuner og bydeler.

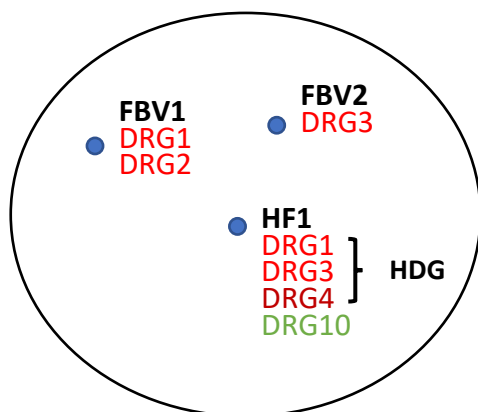
<sup>8</sup> Diagnose-Relaterte Grupper, DRG, er et system for klassifisering av behandling i sykehus, hvor det er laget ca. 900 grupper av behandlinger, som gruppevis forventes å kreve tilsvarende mengde ressurser (32).



Figuren under illustrerer inndelingene i tiltaks- og kontrollgruppen for de offentlige sykehusene som har HELFO-godkjente institusjoner i sitt opptaksområde.<sup>9</sup> Helseforetak 1 (HF1) har to HELFO-godkjente institusjoner i sitt opptaksområde. HELFO-institusjon 1 (FBV1) tilbyr behandlinger i DRG1 og DRG2, mens HELFO-institusjon 2 (FBV2) tilbyr behandlinger i DRG3. Det offentlige sykehuset HF1 tilbyr fire typer behandling: DRG1, DRG3, DRG4 og DRG10 hvor DRG1, DRG3 og DRG4 er i samme hoveddiagnosegruppe (HDG).

Inndelingen i tiltaks- og kontrollgruppe for HF1 blir da følgende:

- Analyse 1:
  - Tiltaksgruppen: Alle behandlinger som HF1 utfører: (DRG1, DRG3, DRG4 og DRG10)
  - Kontrollgruppen: (HF som ikke har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde)
- Analyse 2:
  - Behandlinger som enten FBV1 eller FBV2 og HF1 utfører, samt alle andre behandlinger i samme HDG som HF1 utfører: (DRG1, DRG3; DRG4).
  - Kontrollgruppen: DRG10
- Analyse 3:
  - Behandlinger som enten FBV1 eller FBV2 og HF1 utfører: (DRG1, DRG3).
  - Kontrollgruppen: DRG4 og DRG 10

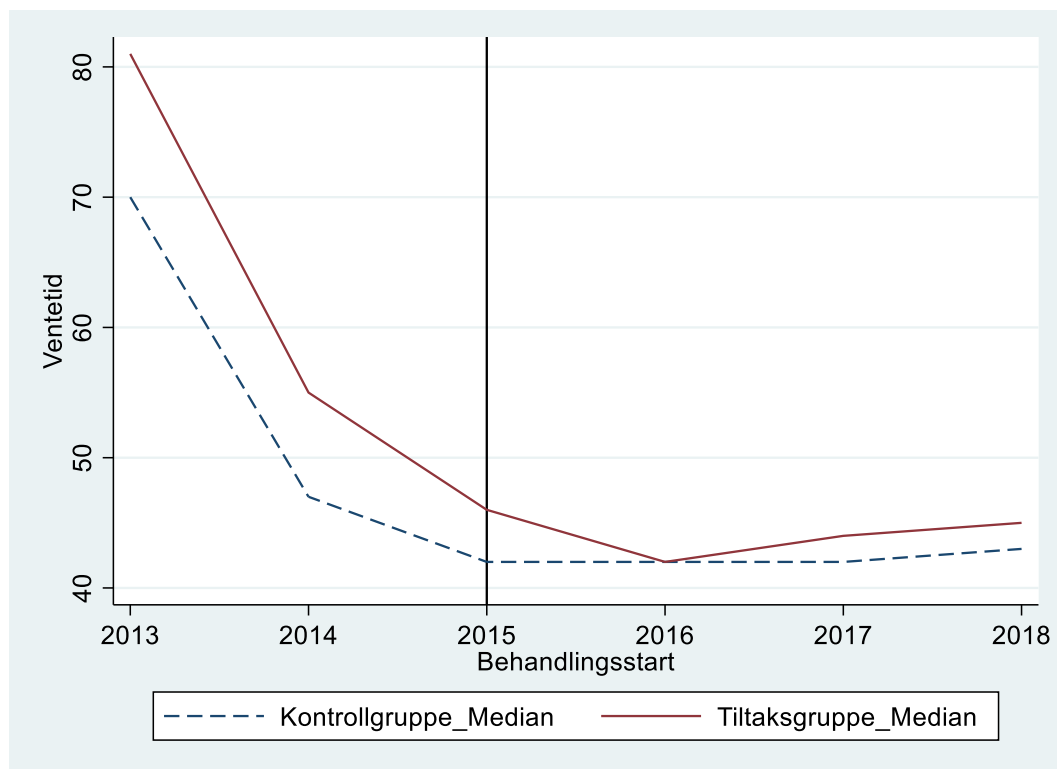


Figur 1: Inndeling i tiltaks- og kontrollgruppe

For alle analysene vi gjennomfører, finner vi at kontrollgruppen er valid, det vil si at det som i evalueringslitteraturen omtales som forutsetningen om parallell trend er oppfylt (16). Resultatene kan derfor tolkes som kausale (årsak-virkning) effekter av FBV-reformen.

<sup>9</sup> All behandling som blir utført i offentlige sykehus som ikke har HELFO-godkjente institusjoner i sitt opptaksområde er i kontrollgruppen.

Figur 2 viser utviklingen i ventetid for tiltaks- og kontrollgruppen (her vist for analyse 3).



Figur 2. Ventetid i tiltaks- og kontrollgruppen (analyse 3).

Fra figuren ser vi at ventetiden i tiltaksgruppen ligger over ventetiden i kontrollgruppen i perioden 2013-15 og 2017-18 og at ventetiden i de to gruppene er like i 2016. Ventetiden i kontrollgruppen synker i perioden 2013-15 for deretter å være stabil. Ventetiden i tiltaksgruppen synker i perioden 2013-2016 for deretter å øke. Fra figuren ser vi at utviklingen i ventetiden til tiltaks- og kontrollgruppen er parallell før reformen. Dette indikerer at antakelsen om parallell trend er oppfylt, noe som våre tester også bekrefter.

Den avhengige variabelen i analysene er ventetid til behandling.<sup>10</sup> Forklaringsvariablene er egenskaper ved pasienten som vi forventer påvirker ventetid. Vi kontrollerer derfor for kjønn, alder, innvandringsstatus, utdanning og inntekt, sivilstatus, antall barn i familie, sykdomstype (hoveddiagnosegruppe) og sykkelighet (komorbiditet) i analysene.<sup>11</sup> Vi bruker pasientdata fra 2013-2018 (NPR) og data fra Statistisk sentralbyrå for å karakterisere egenskaper ved pasienten. Utvalget vårt utgjør om lag 9 millioner pasientopphold og median ventetid for utvalget er 47 dager.

<sup>10</sup> Siden ventetidsfordelingen er høyreskjev, det vil si at det er mange pasienter som har relativt lange ventetider, slik at median ventetid er kortere enn gjennomsnittlig ventetid har vi log-transformert fordelingen i analysene. (ikke vist i figur 2).

<sup>11</sup> Resultatene er robuste i forhold til om pasienter med ekstra lange ventetider inkluderes eller ekskluderes fra analysene.

Hovedresultatene fra de tre analysene er oppsummert i tabellen under.

	Hovedresultat	Signifikante effekt (5%)
<b>Analyse 1</b>	En nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	I 2016
<b>Analyse 2</b>	En nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	I 2016
<b>Analyse 3</b>	Kan ikke forkaste hypotesen om at det ikke er en nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	Ingen signifikante effekter

Tabell 3: Hovedresultater forskjeller-i-forskjeller-analysene

Vi finner altså at det er en nedgang i ventetiden for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen i analyse 1 og 2, men at effekten bare er signifikant (på 5%-nivå) for 2016. Det vil si at vi finner at FBV har bidratt til å redusere ventetiden i de offentlige sykehusene som har en HELFO-godkjent institusjon i sitt opptaksområde i 2016, og at det er lite sannsynlig at denne effekten har oppstått tilfeldig. Vi finner denne effekten i analysene 1 og 2, det vil si i de analysene som ser på et bredere behandlingsutvalg enn hva de HELFO-godkjente institusjonene (som ligger i samme opptaksområde) tilbyr. Dette er en indikasjon på at FBV har spillovereffekter på andre behandlingen enn hva de HELFO-godkjente institusjonene tilbyr.

Effekten er i størrelsesorden 14%. Det vil si, dersom pasientene i kontrollgruppen hadde en nedgang i sin median ventetid etter reformen på 7 dager sammenlignet med før reformen vil tiltaksgruppen ha en ekstra reduksjon i ventetiden på én dag.

*Prosessevalueringen* har bidratt til å belyse hvorfor vi ikke finner store effekter av FBV på ventetid.

Større frihet for offentlige sykehus er en av de tre søylene i FBV-reformen, og avvikling av aktivitetstaket er et av tiltakene som skal bidra til lavere ventetider (og mer effektive sykehus). I prosessevalueringen stilte vi spørsmål om RHFene og helseforetakene har utvidet egen kapasitet for å øke egne inntekter og møte økt konkurranse fra private aktører. Svarene indikerer at de i liten grad har gjort dette. En mulig forklaring er at det å øke aktiviteten, for å øke inntekten, ikke oppleves som en uproblematisk strategi. I praksis kan det innebære at man ikke får dekket alle utgifter, og at det kreves både mer utstyr og personell. En informant uttrykker at fjerning av aktivitetstaket har betydd lite og at insentivene ikke er grunnleggende forskjellig fra slik de var før reformen, og at «oppheving av aktivitetstaket» mer er retorikk enn en ny realitet. Dette følger ettersom man fortsatt ikke vil få dekket mer enn 50 prosent (av gjennomsnittskostnaden) ved produksjon utover tildelt ramme. En annen forklaring som trekkes fram er at selv om det å fjerne aktivitetstaket i seg selv har bidratt til at aktivitetsstyringen er blitt mindre streng, så vil andre utviklingstrekk, slik som overgang fra døgn- til poliklinisk behandling, ha mer å si for tilgjengelig kapasitet. Samlet sett ser ikke våre informanter i RHF kapasitetsøkning finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering som en viktig måte å møte økt konkurranse på. Siden fjerning av aktivitetstaket i liten grad har bidratt til kapasitetsøkning på de offentlige sykehusenes vil effekten på ventetid ventelig være liten. En informant framhever også at en kjøper tjenester hvor private faktisk kan levere tjenester til lavere kostnad enn det offentlige, og da er det ingen grunn til å utvide egen kapasitet. Til slutt framheves det at manglende kapasitet kan innbefatte mangel på fagfolk, som gjerne må løses i et langsiktig perspektiv gjennom å utdanne egne spesialister.

Økt kjøp av private tjenester gjennom anbud vil kunne påvirke total kapasitet og dermed ventetid. Gjennom prosessevalueringen kommer det imidlertid fram at FBV i liten grad har slått ut i mer kjøp.<sup>12</sup> Det kan være flere forklaringer på denne utviklingen. En informant viser til vurdering av faktiske behov, og føringer om å begrense noen typer behandlinger (operasjoner med lav nytte). En annen informant viser til at både statlige føringer på noen områder og faglige vurderinger tilsier at man skal kjøpe mindre. Dette oppleves som et dilemma når økt kjøp er fremhevet i FBV-reformen.

Også på helseforetaksnivå uttrykker de 18 representantene vi har intervjuet innen TSB og PH, at FBV ikke har bidratt til at man utnytter kapasiteten bedre enn tidligere. En informant gir uttrykk for at ettersom antallet pasienter som benytter seg av tilbud fra HELFO-godkjente institusjoner foreløpig er lavt, så er det kostnadene, og ikke kapasiteten, som først og fremst påvirkes. En representant for et annet HF gir uttrykk for omtrent det samme ved å si at siden de selv behandler pasienter til en lavere kostnad enn de private frigrir ikke FBV-ordningen økonomiske virkemidler, og det blir vanskelig å bygge opp egne tilbud. Flere informanter på HF-nivå uttrykker en bekymring for at det kan oppstå en situasjon med overkapasitet i egen institusjon, og at en eventuell etablering av en HELFO-godkjent institusjon i nærheten ville kunne representere en stor utfordring. Gjennomgående rapporterer imidlertid informantene i liten grad at FBV har betydning for egen kapasitetsutnyttelse, men en del peker altså på en mulig utvikling mot overkapasitet, særlig i intervjuene som ble gjennomført i 2019. Dette kan være en indikasjon på at det er en effekt av FBV, og spesielt HELFO-godkjente institusjoner, som gradvis gjør seg gjeldende, og gjerne først og fremst innen TSB.

## Har økt konkurranse fra private tilbydere ført til mer effektive sykehus?

Om FBV skulle hatt noen stor effekt på de offentlige sykehusenes effektivitet må en forvente at reformen oppleves å skape konkurranse om pasientene og påvirke sykehusenes drift. Disse spørsmålene er tatt opp i intervjuene med representanter fra de offentlige sykehusene innen feltene TSB og PH.

Når det gjelder spørsmålet om de offentlige institusjonene opplever konkurranse om pasienter svarer de fleste informanter nei, at de mottar omtrent samme antallet pasienter som før, og at relativt få pasienter bruker valgmulighetene (se Tabell 2 på side 4). En informant mener at konkurransen fra HELFO-godkjente institusjoner oppleves sterkere for private anbudsinstitusjoner enn for de offentlige sykehusene. En annen informant påpeker at konkurransen om pasienter er vesentlig større fra private avtale-institusjoner enn HELFO-godkjente institusjoner. Relasjonen til avtalebaserte institusjoner beskrives imidlertid som å være forankret i et godt samarbeid og å fungere faglig skjerpene mer enn at den ene parten får et uheldig lavt belegg. Eksistensen av private avtaleinstitusjoner kan gi rom for en slags arbeidsdeling hvor det offentlige kan endre sitt tilbud, for eksempel gjennom å fokusere mer på øyeblikkelig hjelp, fordi den private institusjonen ivaretar døgnbehandling.

Vi spurte også hvordan reformen, og spesielt eventuell konkurranse med HELFO-godkjente institusjoner, virket inn på avdelingens drift. Det mest vanlige svaret er at drift og behandlingstilbud ikke er endret som følge av FBV. Blant disse er det likevel informanter som påpeker at avdelingen

---

<sup>12</sup> De budsjetterte økonomiske rammene for kjøpsavtaler med private tilbydere utgjør i underkant av 6,3 mrd. kr i 2021. Dette tilsvarer en økning i løpene priser på 2,4% fra 2016. Beløpet inkluderer også kjøp av radiologi og laboratorietjenester (10).

mottar de mest krevende pasientene, at utgiftene til FBV stiger og at det på sikt kan påvirke drift, og at avdelingen er blitt mer bevisst på markedsføring av egne tilbud.

Fire offentlige institusjoner, hvorav tre er for TSB og én for PH, opplever imidlertid at drift og behandlingstilbud påvirkes av FBV-reformen. En TSB-institusjon vurderer helt konkret å redusere antallet døgnplasser som følge av konkurransen med en HELFO-godkjente institusjon i nærområdet. En informant fra en annen offentlig TSB-institusjon forteller hvordan de informerer mer om egne tilbud og vil innføre et nytt behandlingstilbud delvis som følge av at HELFO-godkjente institusjoner har tilbudt dette. Her er det viktig å påpeke at det er vanskelig å knytte utviklingen av et nytt behandlingstilbud til påvirkning fra HELFO-godkjente institusjoner som eneste forklaring, HELFO-godkjente institusjoner kan imidlertid være en bidragsyter til innføringen av nytt tilbud ettersom disse reklamerer for tilbudet og flere pasienter etterspør dette. Informanten beskriver videre hvordan avdelingen tenker grundigere rundt vurdering av behandlingsnivå (poliklinisk versus døgnbehandling) og bruker bedre tid til slike vurderinger sammen med pasienten. Å raskt falle ned på døgnbehandling gir samtidig pasienten rett til å bruke FBV. Ettersom private alternativ gjerne markedsfører seg aktivt, kan pasienter da ta valg før de kjenner hvilket faglig grunnlag disse private institusjonene bygger på. Også en annen informant innen TSB oppgir at driften ikke er direkte endret som følge av FBV, men forteller om et nytt behandlingstilbud som delvis kan skyldes konkurranse med private aktører.

Et relatert spørsmål er i hvilken grad FBV har påvirket kostnader og kostnadskontrollen på de offentlige sykehusene. Disse spørsmålene er belyst i intervjuer på RHF og HF-nivå. Våre analyser viser at både mulighet for kostnadskontroll og styring av ressursbruk reduseres vesentlig av FBV-reformen og godkjenningsordningen spesielt, men hvor utfordrende dette er i praksis varierer etter geografi og nærværet av HELFO-godkjente institusjoner. Administrasjonskostnader forbundet med FBV-ordningen rapporteres å være lave og uproblematisk for de offentlige sykehusene. Ingen informanter på RHF-nivå rapporterer om oppretting av nye stillinger for å følge opp ordningen eller at en stillingsandel reserveres dette formålet.

En viktig forklaring for hvorfor kostnadskontrollen med godkjenningsordningen oppleves som vanskeligere enn anbudsavtaler er at kun sistnevnte har volumbegrensninger. Helseforetakene vil derfor ikke kjenne omfanget på forhånd som i en anbudsavtale. Utfordringen forsterkes av at flere informanter rapporterer om uforutsigbar behandlingstid i disse HELFO-godkjente institusjonene (se også sammenligning av behandlingstid senere i rapporten). De informantene som opplever at godkjenningsordningen medfører betydelige kostnader har ofte en geografisk nærhet til HELFO-godkjente institusjoner. For noen HF i en slik situasjon utgjør godkjenningsordningen en stor utfordring med klare økonomiske konsekvenser. Dette innebærer at reformen må sies å ha ulik betydning i ulike deler av landet, og at det også kan være store forskjeller innad i et RHF.

Tjenesteområde	Rehabilitering	Psyk helse	TSB	Somatikk
<b>Totalt antall leverandører</b>	5	8	13	45
<b>Leverandører med anbudsavtale</b>	2	4	3	1
<b>Leverandører uten anbudsavtale</b>	3	4	10	44

Tabell 4. Oversikt over HELFO-godkjente leverandører 2015-2019 per 20.11.2019.<sup>13</sup>

Tabell 4 viser at omfanget av HELFO-godkjente leverandører er omfattende innenfor somatikk og TSB. Det var som nevnt tidligere hovedsakelig private uten anbudsavtaler som søkte godkjenning. Myndighetenes forventning om å utnytte restkapasitet hos etablerte anbudsinstitusjoner ser med andre ord ikke ut til å ha slått til (5, s.61).

Intervjudata, statusrapportene fra Helsedirektoratet og HELFOs oppfølgingsrapporter gir flere forklaringer på hvorfor så mange virksomheter etablert i godkjenningsordningen er uten anbudsavtaler, se også (8). For det første er muligheten til å bli inkludert i anbudsordningen bare til stede når et tilbud blir lyst ut, mens etablering via godkjenningsordningen kan skje så raskt som institusjonen er godkjent av HELFO. En annen forklaring er at mens en anbudsavtale inngås på organisasjonsnivå, krever godkjenningsordningen at hvert enkelt behandlingssted oppfyller kravene som stilles. Dette impliserer blant annet at en institusjon med flere behandlingssteder ikke kan støtte seg på en fellespool av fagpersoner under godkjenningsordningen, noe den kan under anbudsordningen. Derfor kan godkjenningsordningen være mindre interessant for behandlingssteder som allerede har anbudsavtale. En tredje forklaring er at prisnivået i godkjenningsordningen er lavere enn i anbudene. Dette er en villet politikk, (11), men har ført til at flere private tilbydere har valgt ikke å delta i godkjenningsordningen, (23). Godkjenningsordningen og anbudsordningen skiller seg også fra hverandre når det gjelder forholdet mellom betaling for planlagt og faktisk gjennomført behandling. En masteroppgave (24) gir følgende illustrerende eksempel: Under tilbud er institusjonene betalt på forhånd basert på forventet belegg. Dersom belegget er litt lavere enn forventet beholder institusjonen utbetalt beløp, hvis det ligger enda lavere reduseres beløpet. Under godkjenningsordningen derimot betales institusjonen i etterkant, og da for faktisk, og ikke forventet, behandling. En ytterligere svakhet ved godkjenningsordningen sett fra leverandørens side er at det er veldig bestemte prosedyrer innenfor somatikken det betales for. Dersom det underveis i behandlingsforløpet viser seg at det ville være gunstig å gjennomføre et annet inngrep samtidig, så kan ikke en somatisk klinikk utføre dette under godkjenningsordningen, hvis den ikke har fått godkjenning for også denne behandlingen.

HELFO-godkjente institusjoners manglende erfaring med samarbeid med det offentlige om spesialist-helsetjenester kan bidra til å forklare samarbeidsutfordringer, utfordringer knyttet til pasientflyt og betydelig større skepsis mot HELFO-godkjente institusjoner enn avtaleinstitusjoner blant flere representanter for offentlige institusjoner. Vi finner også at HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av sammensetningen av de HELFO-godkjente virksomhetene.

<sup>13</sup> Egne beregninger basert på informasjon fra HELFO, 01.07.2019 (epost) og informasjon per 20.11.2019 hentet fra HELFO sin nettside om godkjente leverandører i ordningen: <https://www.helfo.no/fritt-behandlingsvalg/godkjente-fbv-leverandorer>

De offentlige sykehusenes effektivitet, inklusiv deres mulighet til å ivareta sitt ansvar for akuttberedskap, utdanning og forskning, er avhengig av god tilgang på nøkkelpersonell. Spørsmålet er om private med godkjenning har påvirket de offentlige sykehusenes mulighet til å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft.

For å svare på spørsmålet har vi intervjuet ledere i offentlige helseforetak innenfor TSB og PH. Lederne representerte ulike ledelsesnivå: enhetsleder, seksjonsleder, avdelingssjef, klinikkjef og avdelingsdirektør. Felles for disse var at vi antok at de var kjent med FBV og at de hadde oversikt over rekruttering, utdanning og akuttberedskap ved sitt sykehus/enhet og dermed kunne vurdere eventuelle virkninger av reformen.

Et viktig og interessant funn i seg selv er at informantene, som altså representerer ulike ledelsesnivå i offentlige institusjoner, i varierende grad er kjent med FBV-ordningen. I noen tilfeller kan vi ikke være sikre på om informantene forstår og bruker skillet mellom private med avtale og HELFO-godkjente institusjoner.

Våre informanter uttrykker at rekruttering av nøkkelpersonell fremstår som utfordrende i de fleste HF, og utfordringen med å rekruttere nøkkelpersonell oppleves både innenfor PH og TSB. Derimot er det få som rapporterer om konkurranse om kvalifisert personell knyttet til innføring av FBV, og enda færre som peker på konkurranse med HELFO-godkjente institusjoner spesielt. Det at informantene ikke nødvendigvis er fullt ut informert om hvorvidt private institusjoner er å regne som HELFO-godkjente institusjoner kan også ha betydning for svarene på disse spørsmålene. På spørsmål om man har opplevd avgang til fordel for private aktører er det få informanter som har opplevd dette i betydelig grad. De institusjonene som opplever avgang ser ut til å være enten TSB eller kombinerte PH og TSB – institusjoner, og utfordringen er mest aktuell der det finnes private aktører i nærområdet.

Selv om de offentlige institusjonene altså ikke rapporterer om store tap av nøkkelpersonell er det viktig å si at HELFO-godkjente institusjoner likevel kan ha betydning. Her vil vi trekke frem to poeng. For det første er det slik at antallet HELFO-godkjente institusjoner fremdeles er lavt innen tjenesteområdene TSB og PH, jamfør Tabell 4 på side 16, og da kan selv noen få rapporter om tap av nøkkelpersonell fra steder hvor slike aktører har etablert seg indikere at denne nye aktørtypen kan påvirke de offentlige institusjonenes tilgang på nøkkelpersonell. Og det er spesialister bekymringen i så fall er knyttet til. For det andre er det slik at vi ikke har tilgang til tall som viser utviklingen av ansatt nøkkelpersonell i HELFO-institusjonene over tid. HELFO fører kontroll med at disse institusjonene oppfyller vilkårene, men fører ingen slik statistikk.

Liggetid innen tjenesteområdene TSB og PH kan også gi en indikasjon på effektivitet. Fra registerdataene ser vi at pasienter som får sin behandling på HELFO-godkjente institusjoner ligger betydelig lengre enn pasienter i det offentlige. Basert på registerdata fra 2016-18 finner vi at gjennomsnittlig (median) liggetid er henholdsvis 69 (45) dager innen TSB. Tilsvarende data for pasienter som får sin behandling i offentlige helseforetak er 46 (15) dager. Det samme mønsteret finner vi for PH. Gjennomsnittlig (median) liggetid for FBV-pasienter er 36 (23) dager, mens de tilsvarende tallene for de offentlige helseforetakene er 27 (14) dager. Dataene viser også at liggetiden i de offentlige helseforetakene innen PH og TSB ikke endrer seg etter reformen.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Siden antall pasienter som benytter godkjenningsordningen for tjenesteområdene PH og TSB er så få, har vi ikke datagrunnlag for å kontrollere for pasientsammensetningen på samme måte som vi gjør i analysene av somatikken.

## Valgfrihet, praksisvariasjon, prioritering av pasienter og pasientgrupper og hvem velger FBV?

Analysene av økt valgfrihet, praksisvariasjon og prioritering av pasienter er basert på delstudie 3, se også (9). Analysene av hvem som velger FBV bygger på delstudie 1.

### Valgfrihet

Pasientenes valgfrihet ble belyst i den kvalitative studien som utgjør delstudie 3. Fire temaer relatert til valgfrihet ble identifisert fra intervjuene med pasienter, helsepersonell og pasientrådgiverne ved veiledningstjenesten «Velg Behandlingssted» (9).

#### Tema 1: Å kjenne sin rettighet: Ved tilfeldighet

Dette temaet handler om at ikke alle pasienter som kunne trenge det kjenner retten til FBV. Datamaterialet viste stor variasjon: Noen kjente godt til FBV og tok denne rettigheten nærmest for gitt; noen hadde blitt informert om FBV av den som henviste dem og tatt med på valg av behandlingssted (se også under om henviserens rolle); noen hadde fått vite om FBV tilfeldig. Andre visste ikke om retten til FBV, og flere av disse skulle veldig gjerne ha valgt et annet behandlingssted om de hadde visst at de kunne (se også under om betydningen av valgfrihet). Selv om alle pasienter blir informert om FBV er det derfor ikke gitt at de *kjenner* denne rettigheten, og derfor opplever de ikke nødvendigvis noen valgfrihet. Dette var gjennomgående i fokusgruppen med pasienter fra PH, og fikk samtalen til å spore av på alle de gangene de skulle ønsket seg mer valgfrihet og medvirkning – hvorpå én av deltakerne brøt inn: «Men tilbake til spørsmålet ditt, har du fått svar? Jeg har som sagt ikke opplevd noen valgfrihet. Det er mitt svar». Data fra helsepersonell og pasientrådgiverne ved veiledningstjenesten «Velg Behandlingssted» bekreftet at mange pasienter ikke er kjent med FBV, noe som øker påliteligheten til funnet (25). Selv ikke i situasjoner som opplagt kunne vært løst med FBV blir ikke pasienter rutinemessig informert om denne muligheten, ifølge pasientrådgiverne:

*Du ringer til sykehuset, kanskje for tredje gang, og spør 'er det fortsatt ikke noen ledig time?'. Og i løpet av tre ganger har du ennå ikke fått beskjed om at du kan ringe noen andre, eller du kan ta kontakt, eller du har rett til [FBV].*

(Pasientrådgiver ved «Velg Behandlingssted»)

Det synes derfor som at selv om pasienter blir systematisk informert om FBV i henvisningsbrevet er det å ha *kjennskap* til denne rettigheten mer tilfeldig, og avhengig av hvem de snakker med og hvilke erfaringer og holdninger de har (se også under om pasientmanøvrering). Dette funnet underbygges ytterligere av (a) at det var vanskelig å rekruttere deltakere (som kan skyldes manglende kunnskap om FBV), og (b) at vi i flere ledd av forskningsprosjektet har støtt på ansatte i helsevesenet som har mangelfull eller feilaktig kunnskap om FBV (som nødvendigvis vil påvirke hva slags informasjon de er i stand til å gi sine pasienter om ordningen). Det var f.eks. flere offentlige aktører som avviste deltakelse med at de var en del av Fritt Sykehusvalg, ikke Fritt Behandlingsvalg.

#### Tema 2: Henvisers nøkkelrolle: Støtter, velger selv eller motarbeider

Noen pasienter var blitt informert av henviseren om FBV og i ulik grad involvert i valget (fra en samvalgsprosess med faglig veiledning til å få henvisningen i hånden og beskjed om å velge selv). Noen pasienter hadde ikke blitt informert og heller ikke tatt med på valget – henviseren hadde tatt valget selv, slik denne pasienten med TSB-erfaring fortalte: «De ga aldri noen grunn til at de ikke vil sende meg der jeg er nå. De sa bare at det var lite aktuelt». Til slutt var det også mange eksempler på pasienter som selv har ønsket seg til et spesielt behandlingssted, men blitt motarbeidet av den som henviser med beskjed om at de «må» et visst sted eller at de på grunn av tidligere behandling «tilhørte» dette behandlingsstedet. Noen pasienter har tatt kampen og involvert advokat,



Pasientombud, Statsforvalter eller internasjonal ekspertise for å få oppfylt sitt ønske om behandlingssted. Fortvilelsen over å måtte ta opp kampen ble oppsummert slik av en pasient i PH som ønsket seg til et annet behandlingssted:

*Selv måtte jeg vente i to og en halv måned for at min behandler skulle skrive rettighetserklæringen jeg trengte (...). Så det er noe i prosessen som ikke fungerer optimalt slik man ønsker at det skal gjøre. Da er det objektivt ikke en rettighet, da er det noe man må kjempe seg til. Da er det kanskje mer en mulighet som man må bruke penger og tid og krefter for å få til å skje.*

(Pasient med psykiatri-erfaring)

At henvisere både unnlater å informere om FBV og direkte motarbeider pasienters ønsker ble bekreftet av både helsepersonell og pasientrådgiverne. Ett forhold som fremkom i denne sammenheng var dilemmaet en henvisende behandler kan oppleve når pasientens ønsker står i motsetning til ens egne faglige vurderinger av hva som vil være til pasientens beste - skal pasientens autonomi eller egen faglighet veie tyngst? Hvordan dette dilemmaet løses har betydning for pasientens valgfrihet.

### Tema 3: Ulik kapasitet til pasientmanøvrering

Det ble også tydelig at noen pasienter var bedre i stand til å navigere seg frem til et fritt behandlingsvalg i dette systemet. Dette temaet omhandler de ressursene som gjør at noen pasienter stiller sterkere enn andre når det gjelder å få innfridd sitt ønske om behandlingssted. Fem ressurser ble identifisert som viktige: (1) *Kunnskap* (om FBV, om behandlingsstedsalternativer, om helsevesenet); (2) *erfaring* (med den problematikken man søker hjelp for, med behandlingsalternativer, med helsevesenet); (3) *tekniske ferdigheter* (for å finne frem til og klare å bruke «Velg Behandlingssted», for å finne informasjon om sykdom, behandling, og behandlingssteder); (4) *mentalt overskudd* (til å tenke over, foreta, og om nødvendig kjempe seg til valget); og (5) *støtte* (fra familie, venner, eller profesjonelle aktører som helsepersonell, advokater, eller tilsynsmyndigheter). Denne siste ressursen kunne kompensere for andre manglende ressurser fordi andre da «tok kampen» for pasienten selv. Pasienter med disse ressursene (eller bare med støtte) var i stand til å manøvrere seg gjennom systemet og frem til det behandlingsstedet de ønsket, eksemplifisert av denne faren til et barn innen rehabilitering: “Vi brukte enormt mye tid på Google og Facebook den første tiden for å finne riktig behandlingssted”. Motsatt illustrerer dette sitatet hvordan manglende sykdomserfaring og på mentalt overskudd gjør det vanskelig for en pasient å selv finne frem på “Velg Behandlingssted”:

*“Og du vet, når du ikke... Jeg var bare utmattet og fikk ikke sove, det er stress og... Da vet ikke jeg at jeg skal gå inn og søke på depressiv lidelse voksen!”*

(Pasient med PH-erfaring)

Disse fem faktorene var ofte forskjellen mellom pasienter som hadde oppnådd ønsket behandlingssted og de som ikke hadde det, eller ikke kjente til FBV. De var også forskjellen mellom pasienter som helsepersonell og pasientrådgiverne omtalte som “ressurssterke” kontra “ressurssvake”.

### Tema 4: Valgfrihet: Muligheter og egenverdi

De deltakerne som hadde opplevd valgfrihet brukte denne til å velge det behandlingsstedet som han/hun mente var riktigst, gitt deres unike behov og livssituasjon. Summen av denne vurderingen var ulik for ulike deltakere: Noen vektla antatt behandlingskvalitet, noen ventetid, noen beliggenhet (for eksempel nær familie eller unna negativt miljø). For psykiatri, TSB og rehabilitering kunne behandlingstilnærming være en viktig valgbe grunnelse, da det innen disse områdene var mer

praksisvariasjon mellom behandlingssteder og pasientene kunne ha en oppfatning om hvilken tilnærming som var riktig for dem. Her fremkom det igjen at pasientenes vurdering av hva som var viktigst ved valg av behandlingssted ikke alltid vil stemme overens med faglige vurderinger: Mens noen av helsepersonell-deltakerne mente at for eksempel kortest mulig ventetid var et dårlig valggrunnlag hvis andre behandlingssteder kunne vise til bedre kvalitet, var nettopp ventetid det viktigste for noen pasienter for å motta behandling når de var klare for det. Andre pasienter ønsket seg til et behandlingssted med en behandlingstilnærming som behandleren var faglig uenig i, for eksempel medisinfri psykiatrisk behandling eller tolv-steps (TSB)-klinikker. Én deltaker satte ord på kompleksiteten i å ta riktig valg på denne måten:

*“Det er så individuelt hva den enkelte trenger, [ut i fra] alder, rus og historikk. Hvis personen har fått informasjon om behandlingen så er det enklere å ta et valg. Noen trenger strenge tiltak som veksthuset der det er mest disiplin og lite terapi. Noen trenger bare å komme [seg] vekk og ha ‘oppbevaring’. Noen trenger gruppeterapi og muligheten for psykolog/psykiater.”*  
(Pasient med TSB-erfaring)

Pasientdeltakerne anerkjente faren for å velge feil, men det ble fremholdt at valgfriheten allikevel var verdt det, for selv å kunne råde over egen helse og liv. For at valget skulle bli så riktig som mulig ønsket deltakerne seg faglig veiledning, gjerne fra uavhengige eller flere instanser. Valgfriheten ble dessuten ansett til å ha en egenverdi som styrket menneskeverdet, som denne deltakeren som ikke hadde opplevd valgfrihet uttrykte:

*“Det som ville vært bra med muligheten til å velge, å bli fortalt om denne rettigheten: Jeg ville følte meg som et menneske og ikke som en ‘kasteball’, mindreverdige, stigmatisert og håpløs. Mener at ved å bli bevisst på at man kan velge og få delta i prosessen/selvbestemmelse, så vil det motivere og slik jeg ser det ‘løfte opp’ brukeren. Hvis man får være delaktig i eget liv, øker motivasjonen.”*  
(Pasient med TSB-erfaring)

Dette temaet er primært basert på pasientdataene (N = 19) og det var blant de fleste av disse deltakerne et sterkt engasjement for valgfriheten som følger med FBV – noen hadde opplevd denne valgfriheten som avgjørende for liv, helse og livskvalitet; andre hadde ikke fått velge behandlingssted og hadde et sterkt ønske om slik valgfrihet. Engasjementet var spesielt stort hos deltakere med erfaring fra psykiatri, TSB og rehabilitering. FBVs betydning kan ikke dermed generaliseres til hele pasientpopulasjonen, fordi dette var et lite og selvelekkert utvalg som kan ha ønsket å delta nettopp på grunn av det store engasjementet for valgfrihet. Rekrutteringen var som nevnt vanskelig, og de som valgte å ikke delta kan ha hatt et mer likegyldig forhold til valg av behandlingssted. Dette punktet kommer vi imidlertid tilbake til i diskusjonen.

### Praksisvariasjon mellom ulike typer tjenestetilbydere

Sentralt i diskusjonen om hvorvidt det forekommer praksisvariasjon mellom de offentlige sykehusene og private med avtale og/eller godkjenning er spørsmålet om behandlingsform og behandlingsfilosofi, og hvorvidt de private utgjør et alternativt behandlingstilbud. En positiv og ønsket form for praksisvariasjon kan være at private aktører tilbyr en form for behandling som pasientene ønsker og ikke kan få i det offentlige, noe de ovennevnte funnene fra pasientintervjuene kan tyde på. I Helse- og omsorgskomiteens innstilling forut for reformen omtaler reformtilhengere private, ideelle aktører som pionérer og innovatører innen TSB. Slike aktører kan ifølge disse politikerne «(...) skape et viktig mangfold av velferdstjenester og terapiformer som er individrettet og pasientnære i sin tilnærming» (2, s.13). Uheldig og uønsket praksisvariasjon omtales i høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 2014, hvor det vises til at dette kan finne sted gjennom over-, under- og feilbehandling. Her heter det at «Standardisering av behandling og prosedyrer kan være viktig for å

reducere variasjon i praksis» (5, s. 65). I evalueringen (delstudie 3) har vi undersøkt dette blant annet ved å spørre hva ulike aktører mener at FBV betyr for pasienter i spesialisthelsetjenesten, hva som gjør at pasienter velger å motta behandlingen hos den aktuelle leverandøren, og om pasienter mottar samme behandling hos private med godkjenning og/eller avtale som i det offentlige.

Spørsmålet om praksisvariasjon vil i praksis overlape mye med temaet valgfrihet. Og i den grad praksisvariasjon er ønsket, er det nettopp som en viktig del av grunnlaget pasientene foretar sine valg på. Diskusjonen om praksisvariasjon overlapper også delvis med spørsmålet om prioritering av pasienter og pasientgrupper.

Det ser ut til å være enighet om at private leverandører kan utgjøre et positivt supplement til offentlig spesialisthelsetjeneste ved å tilby alternative tilnærminger og behandlingsmetoder, altså en positiv form for praksisvariasjon. Den utvidede valgfriheten, slik FBV-reformen gir, blir da viktig, og betydningen av det forsterkes ifølge enkelte informanter av at motivasjon for å gjennomføre et behandlingsopplegg styrkes om pasienten har hatt innflytelse på valget. Dette er nok spesielt relevant innen PH, TSB og rehabilitering. Det fremkommer også interessante betraktninger rundt reformen som fritt behandlingsvalg, og ikke bare et fritt behandlingsstedsvalg, slik reformen i realiteten legger opp til, og som strengt tatt er en mer presis betegnelse på hva pasienten har fått rett til etter 2015. Gitt at ulike aktører utvikler ulike tilbud vil valg av behandlingssted også kunne ha betydning for innholdet i behandlingen pasienten mottar, men reformen åpner ikke for valg av behandlingsnivå, det vil si at pasienten selv kan velge mellom døgnbehandling og poliklinikk.

Når det gjelder spørsmålet om pasienter mottar samme behandling hos offentlige og private leverandører, og om det forekommer uønsket praksisvariasjon, varierer svarene mer. Representanter for HELFO-godkjente behandlingssteder mener at regelverk og oppfølging fra HELFO sikrer gode tjenester. I fokusgruppen med offentlig ansatte stilles det imidlertid spørsmål ved kvaliteten i private tilbud når behandlingens lengde og behandlingsmetode er så ulike og spesialistdekningen lav sammenlignet med offentlige tilbud. Det fremkommer også skepsis med hensyn til hvor godt informert pasientene er i sine valg. Vi vet ikke hvor god kunnskap de ansatte ved offentlige institusjoner har om behandlingen ved HELFO-godkjente institusjoner – det kan være at (deler av) skepsisen bygger på en generell skepsis mot private leverandører. Samtidig ser vi i andre deler av evalueringen at representanter for flere HFER viser til konkrete saker med bruk av takster og lignende som gjør at disse blir skeptiske til private leverandører, og spesielt innen godkjenningsordningen. En konkret problemstilling handler om fastsetting av diagnoser i HELFO-godkjente institusjoner innen TSB og PH. Det gjelder ulik forståelse og bruk av diagnoser i HF og HELFO-godkjente institusjoner, hvor sistnevnte oftere lander på ROP-diagnoser, altså at pasienten har både en alvorlig rus og psykisk lidelse. ROP-diagnoser utløser høyere takster og gjerne lengre behandlingsopphold. På nok en annen side ble det hevdet fra en offentlig ansatt informant at det offentlige (i PH) ofte *underbehandler* for å frigjøre plass til nye pasienter. Denne informanten påpekte at private institusjoner står friere til å skreddersy opplegg som er omfattende og lange nok til å gjøre pasienten frisk. Vi avdekker med andre ord et komplekst bilde med både ønsket og uønsket praksisvariasjon fra både privat og offentlig hold.

Et mer generelt poeng som kan påpekes er at for at FBV virkelig skal fremme mangfold i behandlingstilbud og behandlingsformer må kunnskapen om de ulike behandlingsstedene bli større enn den er i dag. Det gjelder ikke bare for å fremme mangfold, men for å få ordningen til å fungere best mulig generelt sett. Ifølge våre respondenter handler dette om flere forhold, slik som vilje og åpenhet hos offentlige aktører om å henvise til private tilbud, arbeidspress og mange rapporteringskrav i det offentlige, men også om hvordan private aktører informerer om sine tilbud.

## Prioritering av pasienter og pasientgrupper

I forkant av FBV-reformen ble det diskutert om reformen kunne ha uheldige prioriteringsvirkninger. En bekymring var knyttet til overbehandling forstått som at private aktører kan gi unødvendig behandling av økonomiske motiv, for eksempel lengre varighet (flere oppholdsøgn innen PH og TSB, jamfør tidligere diskusjon i rapporten om liggetid). En annen bekymring var knyttet til om reformen kunne gi en aktivitetsøkning i, og dermed prioritering av, de mest lønnsomme diagnosene og behandlingsbehov.

En ytterligere dimensjon ved spørsmålet om hvordan reformen påvirker prioritering av pasienter og pasientgrupper er faren for et såkalt todelt helsevesen, forstått som at enkelte innbyggere har mulighet til å betale (eller dekkes av private forsikringer) for private tjenester som det offentlige enten ikke leverer, eller som har lang ventetid. I forberedelsene til reformen argumenterte regjeringen for at FBV ville bidra til å motvirke en todelt helsetjeneste ved å stimulere det offentlige til å utvikle bedre og mer effektive tilbud og ved å tilgjengeliggjøre ledig kapasitet i det private for alle (11).

Vårt materiale gir begrenset informasjon om prioriteringsvirkninger av reformen. Et poeng som kommer frem i en rekke intervju er hvordan ressurssterke pasienter, eventuelt sammen med ressurssterke pårørende, bedre klarer å manøvrere i FBV-systemet og utnytte muligheter. Det kan ses på som en overordnet form for prioriteringsforskyvning i den forstand at det da ikke er behandlingsbehov som styrer tilgang. Samtidig kan en slik effekt være med på å oppfylle et av de andre målene ved FBV, nemlig å utnytte kapasiteten i det private for å få ned ventelistene. Det er med andre ord mulig å argumentere for at dersom de plassene som blir benyttet av de som klarer å manøvrere seg i FBV-systemet ellers ville stått tomme, så kan denne prosessen gjøre at alle får tidligere behandling enn de ellers ville ha fått. Det fjerner imidlertid ikke det faktum at det da ikke er kun behandlingsbehov som styrer tilgang, men hvorvidt dette likevel er akseptabelt så lenge alle får tidligere behandling, er et verdimeslig og politisk spørsmål. Og det kan innvendes at i et prioriteringsperspektiv er det mindre heldig dersom ressursene i stedet kunne vært benyttet til tilbud rettet mot pasienter med størst behandlingsbehov. En annen og mer uheldig side ved dette er dersom ressurssterke pasienter finner private tilbud med kort ventetid og bruker det som en form for «brekkstang» for å komme lengre frem i køen for et offentlig tilbud disse pasientene venter på. Vi ser eksempler på pasienter som har blitt flyttet frem i den offentlige behandlingsskøen etter å ha uttrykt ønske om å benytte seg av et privat tilbud, men vi kjenner ikke omfanget. Det er også mulig at disse pasientene blir flyttet frem i køen fordi de får en time som nylig har blitt avbestilt (dette var mekanismen som pasientrådgiverne mente lå bak slike tilfeller).

Forholdet mellom kvalitet og ventetid kan ha betydning for prioritering av pasienter, og intervjuene gir interessant informasjon om bruk av ventetid som kvalitetsindikator. Informanter i både offentlig og private virksomheter viser skepsis mot å vektlegge kort ventetid som utelukkende positivt. Ventetid i somatikken kan for eksempel reflektere god kvalitet i det aktuelle tilbudet, fordi det er etterspurt og behandlingsstedet gjennomfører mange slike behandlinger. I noen tilfeller vil også ventetid kunne fungere som en god mental forberedelse for pasienten. Og innen TSB kan tilbud med kortere ventetid bygge på behandlingstilnæringer som er mindre egnet for pasienten og gjøre at det er bedre å vente på en plass et annet sted.

Når det gjelder spørsmålet om fare for todeling av helsevesenet, forstått som todeling mellom de som har penger til å kjøpe seg ut av køen og de som ikke har det, gir ansatte ved både private og offentlige behandlingssteder uttrykk for at reformen kan redusere en slik fare. Argumentasjonen ligner den regjeringen brukte i forkant av reformen. Informantene påpeker imidlertid en risiko for en annen form for todeling, hvor ulikheter i informasjonstilgang og grad av pasientenes ressurser viktig.

Hva det i denne sammenhengen vil si å være «ressurssterk» kontra «ressurssvak» er et spørsmål som drøftes i en annen del av evalueringen (se kapittel om valgfrihet).

### Hvem velger FBV?

Vi har analysert hvilke faktorer som påvirker sannsynligheten for at en pasient skal benytte en HELFO-godkjent institusjon innen somatikken. Fra den helseøkonomiske litteraturen<sup>15</sup>, vet vi at faktorer som tilgjengelighet målt som avstand til sykehus, ventetid, indikatorer på kvalitet, alder, sosioøkonomisk status, samt egenskaper hos henvisende lege er viktige faktorer som påvirker valg av behandlingssted. Vi ser derfor på faktorer som:

1. Tilgjengelighet (av FBV-institusjoner)
2. Ventetid (ved offentlige sykehus)
3. Egenskaper ved pasienten (alder, sosioøkonomisk status)
4. Fastlegens henvisningspraksis (kjønn, alder, henvisningspraksis, listesammensetning og avlønningsform)

Utgangspunktet for analysene er pasienter som er har mottatt behandling hos en HELFO-godkjent institusjon i 2018. Siden tilbudet innenfor somatikk i all hovedsak er begrenset til Helse Sør-Øst, er det mange kommuner som ikke har noen FBV-pasienter. Det er åpenbart at tilgjengelighet, eller avstand til HELFO-godkjente institusjoner, påvirker sannsynligheten for at pasienter skal benytte tilbudet. Vi har derfor valgt å avgrense utvalget geografisk. Dette er gjort ved at vi bare inkluderer pasienter som er bosatt i kommuner der fem eller flere pasienter har benyttet FBV i 2018. For fastlegene beregner vi henvisningspraksis som andel henvisninger til offentlige sykehus, private avtalespesialister og private sykehus i 2017. I analysene bruker vi kommunefaste effekter. Dette innebærer at vi bare benytter variasjon mellom pasienter bosatt i samme kommune (og ikke mellom kommuner). På denne måten kontrollerer vi for alle konstante forhold (både observerbare og uobserverbare), for eksempel avstand til sykehus eller kommunestørrelse.

Siden FBV bare gjelder et begrenset antall behandlingstyper, gir det ikke mening å sammenligne disse pasientene med alle andre pasienter med somatiske lidelser. Vi ønsker kun å inkludere pasienter som behandles for lidelser der det finnes et tilbud innenfor ordningen. Vi har valg å bruke en form for matching der vi finner pasienter som mottar planlagt behandling (poliklinisk eller dagbehandling), og som har samme hoveddiagnose og behandles innenfor samme DRG som pasientene som har benyttet FBV i 2018. Vi gjorde justeringer av analysene for å gi en ønsket kombinasjon av FBV-pasienter og pasienter som ikke benyttet seg av FBV. Denne avgrensning fører til at vi står tilbake med 5 776 FBV-pasienter og 156 770 andre pasienter fordelt på 15 ulike DRGer.

Analysene er dokumentert i (7). Her gjengir vi bare resultatene. De viser at kvinner, personer under 40 år, samt personer med høyere utdanning har en høyere sannsynlighet for å benytte en HELFO-godkjent institusjon. I tillegg finner vi at jo bedre tilgjengelighet, målt med avstand i kilometer til nærmeste HELFO-godkjent institusjon, jo større sannsynlighet for at denne er valgt. Den viktigste faktoren er imidlertid fastlegens henvisningspraksis: Analysene viser at pasienter som tilhører fastlegelister der en relativt stor andel av pasientene mottok behandling på private sykehus i 2017 har en høyere sannsynlighet for å benytte ordningen i 2018. Denne sammenhengen er relativt sterk: Om prosentandelen som mottar behandling på private sykehus øker med 10 prosentpoeng gir dette en økning i sannsynligheten for å benytte en FBV-leverandør på 3 prosentpoeng (som tilsvarer en

---

<sup>15</sup> Se eksempelvis (21,33–37).

økning på omtrent 32 prosent). Dette samsvarer med de kvalitative funnene som peker på at ulike svært ulike holdninger til pasientens rett til FBV blant de som henviser.

## Endrede pasientrettigheter

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 ble endret i 2013, se (26), og lovendringene ble satt i kraft 1. november 2015. Vi er bedt om å svare på om endringene har bidratt til om fristene gis til en reell start på et pasientforløp, og om pasienter venter uhensiktsmessig lenge etter at pasientforløpet er startet og fristen er oppfylt. Fristene det er snakk om er retten til å få sin henvisning vurdert innen 10 virkedager; tidligere 30 virkedager<sup>16</sup>, og frist for når helsehjelpen senest skal starte for alle pasienter som blir vurdert til å skulle motta helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

For å svare på om fristene er reelle har vi beregnet i) vurderingstid og andel henvisninger som ikke er vurdert innen 10 virkedager, og ii) start på behandling, definert som ventetid slutt i NPR, relativt til fristen som er gitt for når helsehjelp senest skal starte.<sup>17</sup> Vi fokuserer på ordinært avviklede pasienter, det vil si pasienter som har stått på venteliste og som har fått igangsatt helsehjelp. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker, øyeblikkelig hjelp og kontroller er ikke inkludert i analysene. For begge fristene identifiserer vi egenskaper hos pasientene som gir økt sannsynlighet for fristbrudd.

Når det gjelder vurderingstid innen somatikken finner vi at 97,5% av henvisningene blir evaluert innen 10 virkedager i perioden 2016-2018. Dette er en økning fra før endringen i pasientrettighetene ble innført: Vi finner at 93,3% (98,2%) av henvisningene ble evaluert innen 10 (30) virkedager i perioden 2013-15. Gitt at henvisningen ikke er vurdert innen gjeldene tidsfrist, det vil si 10 (30) virkedager etter (før) november 2015, finner vi at median henvisningstid er 21 (43) dager. Videre finner vi at menn med lav sosioøkonomisk status (lav utdanning og lav inntekt) er overrepresentert i gruppen som opplever brudd på vurderingsgarantien.

For TSB finner vi at 96-97% av henvisningene blir evaluert innen 10 virkedager i perioden 2016-2018. Dette er en økning fra før endringen i pasientrettighetene ble innført: Vi finner at 91,5% (95,3%) av henvisningene til de under (over) 23 år ble evaluert innen 10 (30) virkedager i perioden 2013-15. Gitt at henvisningen ikke er vurdert innen gjeldene tidsfrist, det vil si 10 virkedager etter november 2015, finner vi at median henvisningstid er 21 (28) dager for de under (over) 23 år. For gruppen over 23 år finner vi at de med lav sosioøkonomisk status (lav utdanning og lav inntekt) er overrepresentert i gruppen som opplever brudd på vurderingsgarantien.

For PH finner vi også at 96-97% av henvisningene blir evaluert innen 10 virkedager i perioden 2016-2018. Dette er en økning fra før endringen i pasientrettighetene ble innført: Vi finner at 91,8% (87,92%) av henvisningene til de under (over) 23 år ble evaluert innen 10 (30) virkedager i perioden 2013-15. Gitt at henvisningen ikke er vurdert innen gjeldene tidsfrist, det vil si 10 virkedager etter november 2015, finner vi at median henvisningstid er 35 (25) dager for de under (over) 23 år. For gruppen over 23 år finner vi at menn med lav sosioøkonomisk status (lav utdanning og lav inntekt) er overrepresentert i gruppen som opplever brudd på vurderingsgarantien.

Våre analyser av frist start behandling viser at i 97,2% av de somatiske pasientoppholdene i perioden 2016-2018 starter innen fristen som er gitt. Bryter vi ned på år finner vi at andelen fristbrudd

---

<sup>16</sup> Barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser hadde vurderingsfrist på 10 dager også før november 2015.

<sup>17</sup> Ventetid slutt skal settes når pasienten starter den helsehjelp han eller hun er vurdert å ha behov for (utredning eller behandling), se (38).

reduseres fra 3,3% i 2016 til 2,4% i 2018. Menn med lav sosioøkonomisk status (utdanning) er overrepresentert i gruppen som opplever fristbrudd.

For TSB finner vi at 4,1% av pasientoppholdene i perioden 2016-2018 starter etter at fristen for start behandling er gått ut. Bryter vi ned på år finner vi at andelen fristbrudd reduseres fra 4,9% i 2016 til 3,7% i 2018. Igjen finner vi at menn med lav sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning) er overrepresentert i gruppen som opplever fristbrudd, mens innvandrere og de med helsefaglig utdanning er underrepresentert i denne gruppen. For de under 23 år er det en egen ventetidsgaranti og behandling skal starte innen 65 dager. I perioden 2016-2018 finner vi at 96,2% av pasientoppholdene starter innen denne tidsfristen.

For PH finner vi at 1,7% av pasientoppholdene i perioden 2016-2018 starter etter at fristen for start behandling er gått ut. Bryter vi ned på år finner vi at andelen fristbrudd reduseres fra 2,3% i 2016 til 1,3% i 2018. Vi finner at yngre personer med lav sosioøkonomisk status (inntekt og utdanning) er overrepresentert i gruppen som opplever fristbrudd. For de under 23 år er det en egen ventetidsgaranti og behandling skal starte innen 65 dager. I perioden 2016-18 finner vi at 84,5% av pasientoppholdene starter innen denne tidsfristen.

Vi besvarer spørsmålet om pasientene venter for lenge ifølge pasientrettighetene gjennom å beregne den interne ventetiden pasientene opplever på sykehuset. Det vil si vi beregner tiden fra første besøk på sykehuset til det utføres enten en i) medisinsk prosedyre, ii) en kirurgisk prosedyre, eller iii) til pasienten blir innlagt til et døgnopphold. Vi beregner også andel pasienter som enten bare har et sykehusbesøk eller som har registrert minst en prosedyre ved første sykehusbesøk. I tillegg ser vi på tiden mellom første og andre sykehusbesøk. Vi fokuserer på somatiske henvisninger da det innen PH og TSB er få pasienter som bare har en kontakt med tjenesten, og det registreres i liten grad prosedyrekoder for å beskrive utredning og behandling. Analysene er basert på data er fra årene 2013-18.

Venter pasientene uhensiktsmessig lenge etter at pasientforløpet er startet og fristen er oppfylt? Vi finner at i underkant av 75% av pasientoppholdene enten bare har ett opphold, eller at det blir utført en medisinsk eller kirurgisk prosedyre under første opphold. Vi tolker dette som at dette oppholdet er en reell start på pasientforløpet. Gitt at pasientene må vente på utredning/behandling etter første besøk på sykehuset finner vi at median ventetid for pasienter som til slutt blitt innlagt er redusert fra 91 til 68 dager, det vil si en reduksjon på 23 dager fra 2013-2015 til 2016-2018. Median ventetid for pasienter som venter på en kirurgisk (medisinsk) prosedyre er redusert fra 81 til 62 (96 til 67) dager over den samme tidsperioden.

Den siste analysen ser på ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk, gitt at pasienten har minst to besøk på sykehuset. Her sammenligner vi de som har sitt første besøk i 2016 med de som har sitt første besøk i 2017. I tillegg ekskluderer vi pasienter som venter mer enn 360 dager på 2. sykehusbesøk<sup>18</sup>. Vi finner at median og gjennomsnittlig ventetid er tilnærmet uendret disse to årene og utgjør henholdsvis 47 og 72 dager.

Vi har også beregnet ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk, gitt at pasienten har minst to besøk på sykehuset for fagområdene TSB og PH. For TSB finner vi at median (gjennomsnittlig) ventetid er redusert fra 14 (30) dager i 2013 til 11 (21) dager i 2017. Tilsvarende tall for PH er 13 (24) i 2013 og 12 (22). Det vil si at det er en liten (marginal) reduksjon i ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk for TSB (PH).

---

<sup>18</sup> I praksis veldig få pasienter.

Vår oppsummering er at de fleste pasienter får sin henvisning vurdert innen fristen på 10 virkedager og at fristen som er gitt til behandlingsstart blir overholdt. Vi finner også at det er færre fristbrudd i 2018 enn i 2016. Gitt at fristene ikke overholdes finner vi at ventetiden er relativ lang. Vi finner også at de med lavere sosioøkonomisk status er overrepresentert blant dem som ikke får sin henvisning vurdert innen fristen. Innen somatisk sektor er også menn overrepresentert.

Våre analyser av om fristene gis til en reell start på et pasientforløp viser at om lag tre av fire av pasientoppholdene enten bare har ett opphold, eller at det blir utført en medisinsk eller kirurgisk prosedyre under første opphold. Vår tolkning er at dette oppholdet er en reell start på pasientforløpet. Gitt at pasientene må vente på utredning/behandling etter første besøk på sykehuset finner vi at ventetiden er redusert i perioden 2016-2018 sammenlignet med perioden 2013-2015 for pasienter som venter enten på en innleggelse eller en kirurgiske eller medisinsk prosedyre. Selv om ventetiden er redusert vil nok mange pasienter oppleve at ventetiden er lang. Til slutt finner vi at ventetiden mellom første og andre sykehusbesøk er tilnærmet uendret fra 2016 til 2017 for somatikk og PH, mens den er redusert med noen dager innen TSB.

## HELFOs rolle i FBV

Godkjenningsordningen utgjør den sentrale nyskapingen i reformen, nemlig introduksjonen av en ny type helseaktører. Denne aktøren er plassert utenfor helseforetakene og utenfor det eksisterende avtalesystemet som de regionale helseforetakene inngår med private institusjoner etter forutgående anbudsrunder. HELFO har blitt en sentral aktør i reformen fordi oppfølgingsansvaret er lagt til HELFO. HELFO har som sin sentrale oppgave å godkjenne institusjoner som ønsker å levere helsetjenester til en på forhånd fastsatt pris innenfor definerte tjenesteområder. Videre har HELFO følgende nøkkeloppgaver i forvaltningen av FBV: Søknads -og klagebehandling, oppfølging av leverandører, informasjon til pasienter, fastleger og leverandører, mottak av aktivitetsdata og økonomiske oppgjør (1,7: side 50-51).

HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av sammensetningen av HELFO godkjente institusjoner. Mens forventningen var at det i hovedsak ville være avtaleinstitusjoner som ville søke om godkjenning, gitt forutsetningen om å utnytte restkapasitet og prisfastsettingen i ordningen, ble det i realiteten hovedsakelig aktører utenfor avtalesystemet.

Utfordringer i forvaltningsarbeidet gjelder avgrensning og forståelse av hva spesialisthelsetjeneste innebærer, herunder spørsmål om bemanning og kompetanse. HELFO selv opplever utfordringene som størst innenfor TSB.



## DEL 3: EVALUERINGENS HOVEDKONKLUSJONER

- Fritt behandlingsvalg (FBV) har i liten grad bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus. En forklaring til dette er at bruken av FBV så langt har vært relativt begrenset og at de offentlige sykehusene derfor i liten grad har opplevd at drift og behandlingstilbud påvirkes. Denne konklusjonen må modifieres i lokale markeder hvor HELFO-godkjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner.
- FBV har bidratt til økt valgfrihet for noen pasienter, både når det gjelder valg av behandlingssted, men også gjennom at private aktører tilbyr alternative tilnærminger og behandlingsmetoder. Dette økte mangfoldet er spesielt relevant innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling og rehabilitering.
- Valgfriheten som følger med FBV oppleves som svært viktig for noen pasienter. Andre pasienter ønsker seg denne valgfriheten, men har ikke hatt kjennskap til retten til FBV. Hensivere informerer ikke konsekvent pasienter om denne retten, og noen motarbeider pasientens ønsker. Valgfriheten er derfor mer tilgjengelig for pasienter med kapasitet til å manøvrere seg gjennom systemet. Dette støttes av at personer med høy sosioøkonomisk status i større grad velger seg til HELFO-godkjente institusjoner.
- HELFOs forvaltningsoppgaver har blitt mer omfattende og kompliserte som følge av at det i hovedsak er aktører utenfor avtalesystemet som har søkt om å bli HELFO godkjent.
- De fleste pasientene får sin henvisning vurdert innen fristen og for de fleste pasientene starter pasientforløpet innen frist for oppstart av behandling. For de fleste pasientene gis fristene til en reell start på pasientforløpet.
- Personer med lavere sosioøkonomisk status definert enten som lavt utdanningsnivå og/eller lav inntekt er overrepresentert blant dem som opplever fristbrudd.

### Hvorfor fikk ikke reformen de forventete effektene?

Overordnet finner vi at FBV ikke har hatt den effekten Regjeringen forventet på ventetid og sykehusenes effektivitet de første årene reformen virket. Lite bruk av godkjenningsordningen kan skyldes at ordningen er komplisert og at viktig informasjon er vanskelig tilgjengelig. Vi finner at potensielle brukere av FBV ikke engang vet om retten til FBV eller Helsenorges «Velg Behandlingssted», og at det å manøvrere seg til ønsket behandlingssted er avhengig av kunnskap, erfaring, tekniske ferdigheter, mentalt overskudd og støtte. Dette bekrefter bildet av FBV som en ordning som er tilgjengelig for noen og ikke andre. Bildet vi finner samsvarer med erfaringer fra Danmark og England: Det å inkludere en kompleks reform i et allerede komplekst helsesystem innebærer en risiko for at reformen bidrar til økt ulikhet i bruk av helsetjenester. Funnene våre tyder på at flere ville ha benyttet seg av FBV hvis alle pasienter ble gjort kjent med ordningen og veiledningsmulighetene og hvis systemet ikke hadde vært så komplisert.

Når det gjelder økt valgfrihet for pasientene, finner vi at reformen til dels har hatt ønsket effekt. For noen pasienter har det å kunne velge behandlingssted vært avgjørende for helse, funksjon og livskvalitet, kanskje spesielt innen fagområdene TSB, PH og rehabilitering. FBV har gitt et økt mangfold av behandlingssteder med det man kan kalle ønsket praksisvariasjon, altså en variasjon i behandlingstilnærming eller behandlingsintensitet. Denne praksisvariasjonen gjør at pasienter som benytter seg av FBV kan velge seg til det stedet med den behandlingstilnærmingen de tror vil være best for dem. Pasientdeltakerne i denne studien var enige om at denne valgfriheten var viktig å verne om; at autonomien hadde en egenverdi og at den styrket menneskeverdet. Ved tilfeller hvor faglige

anbefalinger står i motsetning til pasientens ønsker ville deltakerne ha faglig veiledning. Entusiasmen for valgfrihet må imidlertid sees i sammenheng med at det var vanskelig å rekruttere pasienter til studien og at utvalget var lite og selvselektert på grunnlag av nettopp et engasjement for valgfrihet i spesialisthelsetjenestene. Andre undersøkelser ville være nødvendig for å avgjøre hvor viktig slik valgfrihet er for hvor mange. En slik undersøkelse kunne også studere nærmere hvor stor forskjellen i behandlingstilbud egentlig er, hvor unike de private tilbudene er, og eventuelle uheldige sider ved slik praksisvariasjon. Det denne evalueringen imidlertid kan slå fast er at valgfriheten er svært viktig for noen – og ikke tilgjengelig for alle.

Én mulig årsak til lite bruk av FBV kan ligge i reformens – og systemets – kompleksitet. En av vanskelighetene som både pasienter og henvisere støter på, er uventet ventetid. Det er ikke alle som kjenner til at hvis man vil til et behandlingssted som ikke kan rettighetsvurdere, så må henvisningen først sendes til en vurderingsenhet. Denne prosessen kan ta 2-3 uker og må legges til den oppgitte ventetiden til behandlingsstedet for å få en oppfatning om reell ventetid. Hvis henvisningen sendes direkte til et behandlingssted som ikke kan rettighetsvurdere, blir den sendt i retur og ventetiden lengre. Det er også kompliserende at HELFO-godkjente steder har begrensninger i sine godkjenninger som gjør at noen pasienter har færre valgmuligheter enn diagnosen skulle tilsi, eller at de må videre til et annet behandlingssted for å få behandlet tilleggsproblematikk. Videre ønsker noen behandlingssteder å utrede pasienter selv hvis de har vært utredet et annet sted først, og ønsker om å behandles i en annen helseregion kan bli avslått dersom kapasiteten ved behandlingsstedet er fylt med pasienter fra eget opptaksområde. Samtidig kan det finnes flere alternativer enn pasienten er klar over, gjennom avtalespesialister som tilbyr samme behandling, men som det ikke opplyses om på nettsiden "Velg Behandlingssted". Summen av denne kompleksiteten er at det kan være vanskelig å få oversikt over mulighetene man har og å vite hvilket valg som reelt sett vil føre til kortest ventetid eller raskest tilfriskning, både for pasienter og helsepersonell som selv jobber i systemet. Ikke overraskende finner vi derfor at fastlegens (henvisers) rolle er viktig for at FBV skal fungere etter hensikten, men at denne rollen forvaltes på svært ulikt vis. Dette er ikke noe som er spesielt for FBV da evalueringer av tilsvarende ordninger i andre land også peker på henviserens nøkkelrolle for at ordningene skal fungere etter hensikten. På den annen side finner vi at det også blant helsepersonell (deriblant fastleger) ikke er tilstrekkelig kunnskap og oversikt, og at disse selv er i behov for veiledning.

I perioden vi har data fra, var omfanget at FBV såpass lite at det ikke var å forvente at reformen - det være seg godkjenningsordningen eller kjøp fra private gjennom anbud - hadde noen stor effekt på de offentlige sykehusenes ventetid og effektivitet. Denne konklusjonen må modifieres i lokale markeder hvor HELFO-godkjente leverandører var etablert i nær geografisk tilknytning til offentlig institusjoner. I disse markedene er det å forvente at de offentlige aktørene må hensynta behandlingstilbudet til de private. Dette kan føre til positive effekter på kvaliteten de offentlige tilbyr, variasjonen i behandlingstilbudet, og på de offentlige institusjonenes effektivitet. Men, det er også en risiko for økt konkurranse om fagfolk, en negativ innvirkning på befolkningens syn og vilje til å finansiere offentlige tjenester, og unødvendig økt etterspørsel. Det er også verdt å påpeke at den helseøkonomiske litteraturen om effektene av konkurranse i helsesektoren har vist at når prisene er gitt (som er tilfelle i Norge både for offentlige sykehus og for FBV-institusjonene) er kvalitetskonkurranse kostbart for sykehusene, se for eksempel (27,28). De vil derfor prøve å redusere konkurransen gjennom å differensiere seg vekk fra konkurrentene, eksempelvis ved å endre sitt behandlingstilbud. Dette gjelder særlig for tjenester som er heterogene og lite standardiserte, eksempelvis innen tjenesteområdene PH og TSB. Strategisk valg av behandlingstilbud, og tilpasning til konkurrentenes behandlingsnivå, vil ifølge den helseøkonomiske forskningslitteraturen redusere

effektene av konkurranse, og dermed også være en forklaring til at evalueringer av fritt-valgordninger ofte finner små effekter.

Det var forventet at private som allerede hadde avtale med RHF kom til å søke om å få bli HELFO-godkjente institusjoner. I praksis ble det annerledes, i og med at det i stor grad var private uten avbudsavtaler som søkte godkjenning. Å forstå samspillet mellom de ulike delene av FBV, og da spesielt forholdet mellom kjøp av private tjenester gjennom anbud og gjennom godkjenningsordningen, er komplisert. Dette omfatter hvordan reguleringen av den ene ordningen påvirker aktørens valg i den andre ordningen, for eksempel, hvordan prisnivået i godkjenningsordningen påvirker de private tjenesteleverandørenes insentiver til å delta i anbudskonkurranser, og hvilke tilbud de gir. Vi kjenner ikke til forskning som på en god måte belyser denne problemstillingen, men vi merker oss at en rapport fra Rigsrevisjonen i Danmark i 2009 påpekte at det ble betalt for mye til private leverandører og at de danske regionene kunne oppnå mer fordelaktige priser gjennom bruk av anbudsinstytutet (29). Slik vi ser det, er det et åpent spørsmål hvordan myndighetene på en best mulig måte skal regulere disse to delene av FBV.

FBV er en komplisert reform. Den bygger både på ordninger som eksisterte før oppstart av FBV (fritt sykehusvalg og kjøp fra private gjennom anbud) og på en nyvinning (godkjenningsordningen). FBV ble i tillegg innført i hele landet samtidig. Dette betyr at FBV ble innført uten at det ble etablert en kontrollgruppe som kunne si noe om ordningens effekter. Dette har medført at det er svært krevende å identifisere kausale effekter av reformen. Hvis en planlegger å revidere ordningen med fritt behandlingsvalg er det derfor viktig å tenke over hvordan gode kontrollgrupper kan etableres.

## Anbefalinger

Basert på våre funn er våre har vi følgende anbefalinger dersom ordningen med FBV skal revideres.

- 5) Valgfriheten som følger med FBV, er av avgjørende betydning for enkelte pasienter. Muligheten til å kunne velge behandlingssted ut ifra egne behov, og blant et differensiert tilbud, er viktig å ivareta i fremtidige reformer.
- 6) Det synes som at informasjonen om FBV i henvisningsbrevet ikke er tilstrekkelig for at alle pasienter skal kjenne sin rettighet. Det bør settes i verk tiltak for at ordningen skal bidra til reell valgfrihet, for eksempel:
  - a. Å synliggjøre informasjon om FBV ved fastlegekontor og behandlingssteder, sammen med informasjon om «Velg Behandlingssted», veiledningstjenesten og klageadgang dersom man blir motarbeidet.
  - b. Å styrke veiledningstjenesten til «Velg Behandlingssted» ved forventet økt pågang når ordningen blir bedre kjent blant både pasienter og henvisere.
  - c. Å tematisere det dilemmaet en behandler kan stå overfor når pasientens ønske om behandlingssted står i kontrast til faglige vurderinger, og å gi retningslinjer til hvordan dette dilemmaet bør løses.
  - d. Forenkle systemet der det er mulig: Iverksette tiltak for å unngå doble utredninger ved behandlingstedsbytte; skille tydeligere mellom steder som kan gjøre rettighetsvurdering og steder som ikke kan; samt støtte god kommunikasjon mellom offentlige og private behandlingssteder for å ivareta god pasientflyt.
- 7) Det bør settes i gang et arbeid for å vurdere hvordan samspillet mellom godkjenningsordningen og kjøp fra private gjennom anbud kan bedres.
- 8) FBV ble iverksatt på en måte som gjør det svært vanskelig å identifisere kausale effekter av reformen. Eventuelle revisjoner bør iverksettes trinnvis med kontrollgrupper slik at en i etterkant lettere kan evaluere effektene revisjonene gir.

## Referanser

1. Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten . 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-10-29-1232>
2. Helse og Omsorgsdepartementet. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) (Prop. 56 L (2014-2015)). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-2014-2015/id2362875/>
3. Helsedirektoratet. Fritt behandlingsvalg – Statusrapporter. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter>
4. Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) (Innst. 224 L) . 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-224.pdf>
5. GeGe, Holmas TH, Iversen T, Kaarboe O. Waiting times and extended free choice in Norway. UiO, Oslo; 2021.
6. GeGe, Kaarboe O, Iversen T. Violations of patients' rights. Is there a socioeconomic gradient? UiO, Oslo; 2021.
7. Holmås TH, Kaarbøe O. Hvilke faktorer påvirker bruken av ordningen med fritt behandlingsvalg? UiB, Bergen; 2021.
8. Lindén TS, Ervik R. Introducing new providers through the Norwegian Free Treatment Choice Reform: Implications for interaction and recruitment. NORCE; 2021.
9. Holter MTS. Et fritt behandlingsvalg? Betingelser for og betydningen av valgfrihet i spesialisthelsetjenesten. SERAF, UiO; 2021.
10. Helsedirektoratet. Fritt behandlingsvalg Årsrapport 2020. 2021.
11. Helse og Omsorgsdepartementet. Høring - forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---forslag-til-forskrift-om-private-virksomheters-adgang-til-a-yte-spesialisthelsetjenester-mot-betaling-fra-staten---fritt-behandlingsvalg/id2409115/>
12. Helse- og Omsorgsdepartementet. Høringsnotat – fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Horingsnotat--fritt-behandlingsvalg-i-spesialisthelsetjenesten-/id762898/>
13. Department of Health. Putting people at the heart of public services The NHS improvement plan. Norwich; 2004. Tilgjengelig fra: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/03/pnsuk3.pdf>
14. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsloven § 87 . Danske Love 2002. Tilgjengelig fra: <https://danskelove.dk/sundhedsloven/87>
15. Simonsen NF, Oxholm AS, Kristensen SR, Siciliani L. What explains differences in waiting times for health care across socioeconomic status? Heal Econ. 2020 29(12):1764–1785. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.4163>
16. Sosialdepartementet. Patientlag (2014:821) Svensk författningssamling 2014:2014:821 t.o.m.

- SFS 2019:964 - Riksdagen . SFS nr: 2014:821 2014. Tilgjengelig fra: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
17. Moscelli G, Gravelle H, Siciliani L. Hospital competition and quality for non-emergency patients in the English NHS. *RAND J Econ.* 2021 52(2): 381-414. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1756-2171.12373>
  18. Gaynor M, Propper C, Seiler S. Free to choose? Reform, choice, and consideration sets in the english national health service. *Am Econ Rev.* 2016 106(11): 3521–3557.
  19. Cooper Z, Gibbons S, Skellern M. Does competition from private surgical centres improve public hospitals' performance? Evidence from the English National Health Service. *J Public Econ.* 2018 166: 63–80.
  20. Beckert W, Kelly E. Divided by choice? For-profit providers, patient choice and mechanisms of patient sorting in the English National Health Service. *Heal Econ.* 2021 30(4): 820–839. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.4223>
  21. Birk HO, Henriksen LO. Which factors decided general practitioners choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study. *BMC Health Serv Res.* 2012 12(1): 126. Tilgjengelig fra: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-126>
  22. Beckert W. Choice in the presence of experts: The role of general practitioners in patients' hospital choice. *J Health Econ.* 2018 60: 98–117.
  23. Helsedirektoratet. Fritt behandlingsvalg – . Årsrapport 2019. 2020. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/Årsrapport for Fritt behandlingsvalg 2019.pdf/\\_attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/Årsrapport for Fritt behandlin](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fritt-behandlingsvalg-statusrapporter/Årsrapport for Fritt behandlingsvalg 2019.pdf/_attachment/inline/258c69b3-d8fc-4b64-a46f-027a39ec0f5b:691f2932483e6910882eb1833b171f43bae57903/Årsrapport for Fritt behandlin)
  24. Sjøberg SH. The Norwegian free treatment choice reform: Use and effects. Oslo; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/72586>
  25. Levitt HM, Motulsky SL, Wertz FJ, Morrow SL, Ponterotto JG. Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qual Psychol.* 2017 4(1): 2–22. Tilgjengelig fra: <https://psycnet.apa.org/journals/qua/4/1/2>
  26. Helse og Omsorgsdepartementet. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) (Prop. 118 L (2012–2013)) . regjeringen.no; Apr 12, 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-118-l-20122013/id722646/>
  27. Brekke KR, Levaggi R, Siciliani L, Straume OR. Patient mobility and health care quality when regions and patients differ in income. *J Health Econ.* 2016 50: 372-387.
  28. Hehenkamp B, Kaarbøe OM. Location choice and quality competition in mixed hospital markets. *J Econ Behav Organ.* 2020. 177(C): 641-660.
  29. Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. 2009.
  30. UiO. Evaluering av fritt behandlingsvalg. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/forskpro/prosjekter/med/helsam/helseledelse-og->

okonomi/evaluering-av-fritt-behandlingsvalg/index.html

31. Storbjörk J, Stenius K. The new privatized market: A question of ideology or pragmatism within the Swedish addiction treatment system? *Soc Policy Adm.* 2019 53(5): 776–92. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spol.12414>
32. Helsedirektoratet. DRG-systemet - Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>
33. Beckert W, Christensen M, Collyer K. Choice of NHS-funded hospital services in England. *Econ J.* 2012 122(560): 400–17. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/ej/article/122/560/400-417/5079979>
34. Beukers PDC, Kemp RGM, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *Eur J Heal Econ.* 2014 15(9): 927–936. Tilgjengelig fra: [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl)
35. Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C, Grant J. Do patients always prefer quicker treatment? A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London Patient Choice Project. In: *Applied Health Economics and Health Policy*. *Appl Health Econ Health Policy*; 2004 183–94. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15901193/>
36. Dawson D, Jacobs R, Martin S, Smith P. The impact of patient choice and waiting time on the demand for health care: results from the London Patient Choice project. *Appl Econ.* 2006 38(12): 1363–1370. Tilgjengelig fra: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00036840500398810>
37. Sivey P. The effect of waiting time and distance on hospital choice for English cataract patients. *Health Econ.* 2012 21(4): 444–456. Tilgjengelig fra: <http://doi.wiley.com/10.1002/hec.1720>
38. Helsedirektoratet. Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten. 2017. Available from: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## Godkjenninger

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for datatjenester, NSD, og av registereierne. NSD har på oppdrag fra Universitetet i Oslo, UiO, foretatt en konsekvensvurdering og konkluderer med at personvernet er tilstrekkelig ivaretatt i prosjektet. Personvernombudet ved UiO har godkjent de personvernkonsekvensvurderinger som NSD har utført. REK har vurdert at prosjektet faller utenfor REKs mandat jf. helseforskningsloven § 2 og § 4, bokstav a). Det kreves derfor ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

## Akademisk leveranse

Per i dag har prosjektgruppen fem vitenskapelige manuskripter under ferdigstilling. Dette er arbeider som planlegges publisert i nasjonale og internasjonale akademiske tidsskrifter. Arbeidene belyser de ulike deler av evalueringen i mer detalj. Lenke til arbeidene vil bli publisert på prosjektet hjemmeside når de er publisert (30).

Arbeidene tar for seg i) utfordringer knyttet til samarbeid og rekruttering med HELFO-godkjente leverandører (8); ii) betingelser for og betydning av valgfrihet i spesialisthelsetjenestene (9); iii) utvikling i ventetider etter fritt behandlingsvalg (5); iv) hvilke faktorer som påvirker bruken av fritt behandlingsvalg (7); v) pasientkarakteristika for pasienter som ikke får oppfylt sine pasientrettigheter (6).

## Mål- og rammedokument –

### Evaluering av Fritt behandlingsvalg

#### Om det politiske tiltaket

Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg er en reform med tre søyler:

- 4) Pasienten får rett til fritt behandlingsvalg  
Pasienter med rett til helsehjelp skal selv kunne velge hvor han eller hun vil behandles - blant godkjente virksomheter – på det offentlige regning. Private som tilfredsstiller kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris.
- 5) De regionale helseforetakene skal kjøpe mer fra private gjennom anbud  
Konkurranse gjennom anbud bidrar til at vi får mest mulig pasientbehandling igjen for offentlige midler. Samtidig kan det legges vekt på kvalitet og samhandling, og ikke bare på pris. Avtaler gjennom anbud legger også til rette for et tettere samarbeid mellom private og offentlige sykehus. Det primære virkemiddelet for å kjøpe kapasitet fra private skal være gjennom anbud. Departementet har i foretaksprotokollen for 2015 bedt de regionale helseforetakene om å øke anskaffelsene fra private leverandører.
- 6) De offentlige sykehusene får større frihet  
Det aller meste av pasientbehandlingen vil finne sted i de offentlige sykehusene. Lykkes vi ikke med å effektivisere de offentlige sykehusene, lykkes vi ikke med å redusere ventetidene. Reformen skal mobilisere ledig kapasitet uansett om den er i private eller offentlige sykehus. De offentlige sykehusene må få muligheten til å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg. Frem til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Dette taket er nå fjernet. Fritt behandlingsvalg skal ikke bidra til at køen flyttes fra offentlige til private leverandører. Offentlige sykehus kan derfor fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering.

Antakelsen er at det er de tre søylene i reformen som sammen skal gi resultater. Jo høyere effektivitet og kvalitet de offentlige sykehusene og de private virksomhetene med avtale har, jo færre pasienter vil benytte fritt behandlingsvalgsleverandør. Antallet pasienter som får nytte godt av denne reformen vil dermed bli langt større enn det antallet pasienter som benytter retten til å gå til private leverandører.

Tjenester i fritt behandlingsvalg skal først fases inn for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Dette er dels begrunnet i ønsket om å gi psykisk helse og TSB prioritet. Samtidig innebærer det en oppstart av fritt behandlingsvalg på et avgrenset økonomisk område, slik at man kan få erfaringer før ordningen utvides. Departementet ønsker likevel samtidig å høste erfaringer fra det somatiske området med tanke på videre utvidelse av ordningen. Det tas derfor sikte på at fritt behandlingsvalg, parallelt med innføring innen psykisk helsevern og rus, skal innføres innenfor enkelte fagområder innen somatikk.

#### Relevante dokumenter

Høringsnotat fritt behandlingsvalg:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/notatfbv.pdf>



## Vedlegg A

Lovforslaget med link til behandlingen i Stortinget:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-56-l-2014-2015/id2362875/>

Høringsnotat forskrift:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/2563a799159a4d6fbaca14c891807932/20150428\\_horingsnotat\\_forskrift\\_fbv.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2563a799159a4d6fbaca14c891807932/20150428_horingsnotat_forskrift_fbv.pdf)

Endelig forskrift fritt behandlingsvalg (Lovdata):

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-10-29-1232>

## Om evalueringen

Evalueringen skal belyse hvorvidt fritt behandlingsvalg bidrar til å realisere de sentrale målene om reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og mer effektive sykehus. Evalueringen skal i tillegg belyse hvorvidt øvrige endringer i pasientrettighetene som trådte i kraft 1.11.2015 har bidratt til god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, forsvarlige pasientforløp og riktig prioritering av pasientene, jf. Prop. 118 L (2012–2013).

Evalueringen skal svare på:

- Hvordan ordningen med fritt behandlingsvalg har påvirket ventetid, aktivitet, effektivitet, kostnadskontroll og prioritering i helseforetakene
- I hvilken grad og hvordan de offentlige sykehusene responderer på økt konkurranse fra private, herunder om det er forskjell på denne responsen avhengig om konkurransen kommer fra private med godkjenning eller private med avtale.
- Hvordan pasientene benytter den økte valgfriheten, hvilke grupper av pasienter som nyttiggjør seg de utvidede valgmulighetene og hvilke forhold som påvirker bruken.
- Om fristene gis til en reell start på et pasientforløp, og om pasienter venter u hensiktsmessig lenge etter at pasientforløpet er startet og fristen er oppfylt.

Videre er det ønskelig at evalueringen:

- Sammenligner utvikling i pasientsikkerhet og kvalitet mellom private med godkjenning, private med avtale og offentlige sykehus for tjenester som er omfattet av godkjenningsordningen basert på tilgjengelige data.
- Belyser eventuell praksisvariasjon mellom de offentlige sykehusene og private med avtale og/eller godkjenning.
- Belyser om og eventuelt hvordan aktivitet hos private med godkjenning påvirker de offentlige sykehusenes tilgang på nøkkelpersonell, og mulighet til å ivareta sitt ansvar for akuttberedskap, utdanning og forskning.
- Belyser hvordan reformen påvirker prioriteringen av pasienter og pasientgrupper.
- Belyser hvordan reformen påvirker kostnadskontroll og administrasjonskostnader på ulike nivåer i tjenesten.
- Belyser Helfos modell for forvaltning av ordningen og system for oppfølging av leverandører, herunder samarbeidet mellom Helfo og RHF.

Evalueringen skal legges opp slik at den muliggjør læring, synliggjør evt. effekter og legger til rette

## Vedlegg A

foret framtidig godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av reformen fritt behandlingsvalg. Det er behov for ulike typer prosjekter som både kan gi en prosess- og resultatorientert evaluering. Kvantitative evalueringsstudier, herunder registerbaserte studier der slike data er tilgjengelige etter spørres særlig.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra HOD å utrede og etablere et følge-med opplegg for Fritt behandlingsvalg for å kunne gi mer løpende informasjon om utviklingen i sentrale størrelser i ordningen. Helsedirektoratet sitt følge-med opplegg vil trolig fremskaffe en del data og informasjon som kan gjenbrukes i dette evalueringsoppdraget.

## Rammer

Det er satt av inntil 10 millioner kroner totalt, og tidsramme på ca. 3 år.