



Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 14/2830

Dato: 16.09.2014

Høringsuttalelse - Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Det vises til høringsnotat med forslag til fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Notatet har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjonsledd. Disse uttalelsene ligger til grunn for foreliggende høringsuttalelse, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen er positiv til tiltak som kan føre til bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for befolkningen. Det er nødvendig å i større grad åpne for private aktører for å bidra til en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste. De offentlige sykehusene har i dag i for stor grad en monopolrolle. Legeforeningen mener at et noe større innslag av private aktører i spesialisthelsetjenesten vil kunne bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet for befolkningen.

Vi er samtidig opptatt av en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste og å unngå en todeling i helsetjenestetilbudet ved at tilgjengelighet blir avhengig av privat kjøpekraft og helseforsikringer. For å oppnå dette må de offentlige sykehusene fortsatt være en bærebjelke, men suppleres av private tjenestetilbydere – både ideelle og kommersielle. Utvikling av et slikt system og samtidig unngå uønskede vridningseffekter er krevende.

Vi støtter på denne bakgrunn intensjonene i de fremlagte forslag. Forslagene i sum fremstår imidlertid som en minimumsløsning, og effekten er svært usikker. Vi ser at det på flere punkter gjenstår betydelige utredningsbehov og ubesvarte spørsmål. Vi støtter derfor departementets forslag om gradvis utvikling. Det bør gjennomføres piloter på enkelte områder og for klart avgrensede tilstander. Vi mener at rus og psykiatri er uegnet som første grupper ut.

Hvilke typer behandling ordningen skal omfatte

Ordningen foreslås gradvis innført, først for rus og psykiatri. Disse pasientene er ofte sist ut i nye reformer og det er positivt at regjeringen forsøker å snu dette ved å prioritere dem først. Samtidig påpeker de fleste av Legeforeningens organisasjonsledd at dette er en ordning som passer best for avklarte tilstander, og at ordningen vil favorisere de ressurssterke som evner å orientere seg i helsetjenesten. Videre skal ordningen i første fase kun gjelde døgnbehandling, mens tendensen går bort fra dette både i rus og psykisk helsevern. Innen disse fagfeltene satses det mer på lokal spesialisthelsetjeneste i form av dagbehandling og poliklinikk enn på langtids døgninstitusjoner langt fra pasientens hjemkommune. Det foreligger også risiko for at en redusert ventetid hos private leverandører vil omfatte de enkle og forutsigbare lidelsene.

Vi har derfor kommet til at disse fagområdene ikke egner seg for en første utprøving av ordningen.

Særlig om barne- og ungdomspsykiatri

Det er noe uklart om departementet mener å inkludere psykisk helsevern for barn og ungdom i den første fasen, ettersom det snakkes generelt om psykisk helsevern når det gjelder innfasing av ordningen. Men vi tar som utgangspunkt at dette er intensjonen, siden psykisk helsevern for barn og ungdom omtales eksplisitt andre steder i høringsnotatet. Det er imidlertid en rekke forhold som skulle tilsi at psykisk helsevern for barn og ungdom er lite egnet for fritt behandlingsvalg:

Behandlingsmessige forhold

Barn og ungdom er i større grad enn andre pasientgrupper avhengig av et nært samarbeid mellom behandlingsinstitusjon, familie, skole/ barnehage og ofte barnevern. Foresatte / familie bør som hovedregel involveres i behandlingsprosessen. Det problematiseres i høringsnotatet om det kan det være fare for at leverandører av fritt behandlingsvalg-tjenester ikke så lett lar seg integrere i et slikt samarbeid. Vår erfaring tilsier at dette kan fungere godt, men at det må stilles klare krav til leverandørene med hensyn til dette.

Elektiv døgnbehandling utgjør en svært liten del av pasient-tilbudet i BUP. Når døgnbehandling av mindreårige er nødvendig, dreier det seg nesten alltid om sammensatte tilstander og kompliserte psykososiale forhold. Det er derfor svært vanskelig å definere behandlingstilbud som kan prises i et DRG-lignende system.

Utfordringer ut fra dagens praksis for rettighetsvurdering

Ordningen med Fritt behandlingsvalg, slik den beskrives, er ikke forenlig med dagens henvisningspraksis. Barn og ungdom henvises alltid fra førstelinjen til BUP poliklinikk, og ikke til sengeavdeling, med mindre det gjelder akutt innleggelsesbehov utenfor poliklinikkens åpningstid. Dette er nødvendig fordi de få døgnplassene ikke kan belegges uten spesialistvurdering og forsøk på poliklinisk eller ambulant behandling.

Det er vanskelig å tenke seg en rutine der pasienten / foreldrene blir tildelt time ved en poliklinikk, for så å velge behandling ved en fritt behandlingsvalg-institusjon som bare tilbyr døgnbehandling. For at fritt behandlingsvalg skal kunne fungere etter beskrivelsen, må det i så fall innføres rutiner for rettighetsvurdering ved interne overføringer innen spesialisthelsetjenesten.

Ressurser til spesialisthelsetjenesten

De lange ventetidene til spesialisthelsetjenester viser at helseforetakene ikke har nådd målsetningene nedfelt i forarbeidene til foretaksreformen. Dette må ses i sammenheng med manglende finansiering av aktivitetsveksten. I sykehusene har det vært en kraftig produktivitetsvekst gjennom en årrekke. Mange steder har dette bidratt til svekket kvalitet i behandlingsforløpene, og etterslep i form av manglende investering i bygg og utstyr, og mangel på utdanning av fagpersonell. Dette gir seg blant annet uttrykk i rekrutteringsvansker, manglende reduksjon av ventetid, overbelegg og svingdørsproblematikk.

I høringsnotatet uttales:

«Forslaget om fritt behandlingsvalg vil ha to overordnede effekter. For det første vil selve retten til fritt behandlingsvalg gi større valgfrihet til pasientene og mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet. Pasientrettighetene utvides. For det andre legges det til rette for at de

offentlige sykehusene kan sammenligne seg med nye tjenesteytere og forbedre egen virksomhet for å beholde fornøyde pasienter.»

Hovedproblemet i norske sykehus i dag er et press på ressursene – lokaler, personell og utstyr. Problemstillingen er ikke hvordan man kan beholde pasienter, men tvert om hvordan ha kapasitet til å tilby undersøkelse og behandling av høy kvalitet uten urimelig ventetid.

I flere europeiske land er køene langt på vei fjernet, men i disse landene avsettes en større andel av statens disponible inntekt (DI) til helseformål. Hvis vår spesialisthelsetjeneste skal nå de ambisiøse målsetningene det synes å være tverrpolitisk enighet om, må ressursinnsatsen økes til samme nivå som i Danmark, Frankrike, Tyskland eller Nederland. Dette innebærer en kraftig styrking av budsjettene.

Legeforeningen ser det som lite sannsynlig at målsetningene om reduksjon av ventetid og antall ventende uten svekket kvalitet i behandlingen vil kunne nås uten en betydelig økning av ressursinnsatsen. Hvis det offentlige helsevesen også fremover skal være bærebjelken i helsetilbudet, må ressursene avsatt til spesialisthelsetjenester økes.

Legeforeningen mener høringsnotatet underkommunerer behovet for en generell ressursøkning til spesialisthelsetjenesten, herunder offentlige sykehus. Det mangler analyser av hvor mye reformen vil koste og hva som er dagens reelle ressursbehov for å få ned ventelistene.

Legeforeningen vil forøvrig bemerke at samarbeidet med de ideelle sykehusene har vært velfungerende gjennom flere ti-år og skiftende styresett, og at departementet i større grad bør legge opp til økt bruk av ikke-kommersielle aktører. Internasjonalt er en stor andel av de fremste forsknings- og utdanningsinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten ikke-kommersielle, eksempelvis Mayo clinic og Kaiser Permanente.

Finansieringsmodell

I notatet fremkommer det at fritt behandlingsvalg på sikt skal gjelde utredning og behandling innen somatikk og psykiatri, og at finansiering gjennom stykkprisordninger skal være hovedregelen. Legeforeningen vil bemerke at stykkprisfinansiering kan være egnet for velavgrensede tilstander med forutsigbare behandlingsforløp, men at ordningen er uegnet i de fleste utredningsforløp, samt i mange behandlingsforløp fordi variasjonen i forløp er stor.

Legeforeningen registrer videre at departementet skisserer at stykkpris skal legges under prisnivåene som gis gjennom anbudsordningen. Vi ser det ikke som sannsynlig at private aktører kan levere enkelt-behandlinger av høy kvalitet til en pris som ligger lavere enn den prisen som gis gjennom anbud på betydelig høyere volum. Anbudsprisene vil variere og vil i de fleste tilfeller være konkurransesensitiv informasjon som skal holdes hemmelig. Vi vil anbefale at det gjøres en fornyet vurdering av realismen i slik prisfastsetting, og at man intensiverer arbeidet med å utarbeide KPP satser.

Høringsnotatet understreker at staten vil bære en betydelig del av den økonomiske risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg. Dette skal skje ved at staten dekker noe av den innsattsstyrte finansieringen (ISF). Døgnavdelinger innen psykisk helsevern og rus har som kjent ikke ISF. De regionale helseforetakene må vel dermed bære hele risikoen ved å innføre fritt behandlingsvalg på fagområder uten ISF.

Gradvis innfasing

Ordningen fremstår som en forsøksordning med en begrenset innfasing. Det er en rekke usikkerhetsfaktorer som bidrar til at konsekvensene er vanskelig å forutsi. Legeforeningen støtter en gradvis innfasing av ordningen som gir mulighet til fortløpende forskningsbasert evaluering.

Spesialistkapasitet og -utdanning

Ordningen forutsetter økt bruk av spesialister, men inneholder ingen vurderinger av hvordan denne kompetansen skal skaffes til veie. Det er spesialistmangel i dag. Det er behov for tiltak for å styrke utdanningskapasitet.

Departementet bør vurdere om det i godkjenningsordningen som skisseres i høringen bør legges inn plikter for de private tilbyderne til å delta i spesialiseringen av leger og kriterier for å bli godkjent som utdanningsinstitusjon. En skjev fordeling av pasienter mellom helseforetak og private tilbydere gjør det nødvendig at det etableres utdanningsarenaer også hos de private aktørene.

Dette må selvsagt vurderes i lys av hvilken aktivitet som kan påregnes i den nye ordningen. For å planlegge og sikre utdanning og spesialisering av nytt helsepersonell er det også av betydning at man har en viss stabilitet og forutsigbarhet i pasienttilfanget i helseinstitusjonene som har slikt utdanningsansvar.

Langsiktighet, forutsigbarhet og kvalitetshensyn

Etter det vi kjenner er det erfaringer fra det svenske vårvalssystemet for at nye aktører kvier seg for å gå inn i systemet på grunn av omfattende og stadig ensidig endrede kravsspesifikasjoner og priser. Spesialisthelsetjenester er svært avanserte tjenester der det krever betydelig tid og innsats for å bygge behandlingstilbud av høy kvalitet. Fritt behandlingsvalg slik dette nå fremstår vil neppe være tilstrekkelig insitament til å bygge opp nye tilbud.

Vi registrerer at departementet ønsker å satse på anbud som den primære modellen for anskaffelse av kapasitet fra private aktører. Vi vil understreke viktigheten av at både varighet og ikke minst kvalitetskrav må veie tungt om denne ordningen skal breddes. Legeforeningen har mottatt en rekke tilbakemeldinger fra avtalespesialister som har deltatt i anbudskonkurranser om at det har blitt et uforholdsmessig press på pris fremfor kvalitet.

Tap av rettigheter knyttet til fristbrudd

Hvis den private aktøren ikke leverer tilbudet innen fristen, foreslår departementet at pasienter som velger fritt behandlingsvalg mister rettighet til tilbud fremskaffet av HELFO ved fristbrudd. Begrunnelsen for å frata pasienten en slik rett er departementets vurdering av at dette ikke vil være særlig aktuelt, da pasienten velger en slik ordning fordi de ønsker raskere behandling. Legeforeningen støtter ikke en slik vurdering. Pasienten kan ha ulike beveggrunner for å velge et behandlingstilbud, og det er heller ikke gitt at private tilbydere vil kunne levere innen forespeilet frist, og særlig ikke ved mer sammensatte behandlings- eller utredningsforløp som departementet også mener skal omfattes av ordningen. Det er ikke rimelig at rettighetene bortfaller som en konsekvens av slike valg.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
ass. direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk