

Helse- og omsorgsdepartementet
Teatergata 9, PB 8011 Dep
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Trude Hagen
Vår ref.: 441357 (2014_00479)

Vår dato: 09.09.2014
Deres ref.: 14/2020

Høringsvar: Høring - Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser til mottatt høringsnotat med forslag om innføring av en ordning med fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten.

Ordnningen er en del av regjeringsplattformen, og omfattet av samarbeidsavtalen mellom regjeringspartiene, Venstre og Kristelig folkeparti. Av regjeringens politiske plattform går det frem at de i tillegg til å innføre fritt behandlingsvalg, ønsker å øke kjøpet av private helsetjenester for å redusere helsekøene. I det utsendte høringsnotatet beskrives derfor fritt behandlingsvalg som ett av elementene i en større «behandlingsvalgreform», som også skal bestå av en økt bruk av anbud og endret aktivitetsstyring av de offentlige sykehusene. NSF ser det derfor som naturlig å vurdere både helheten og de ulike elementene i den foreslåtte reformen.

NSF er spesielt bekymret for konsekvensene av den foreslåtte reformen når det gjelder:

1. En dreining av ressursbruk og tilbud over mot behandling av lettere lidelser på bekostning av pasienter med langvarige og sammensatte behov.
2. Dyrere og mindre effektiv drift av de offentlige sykehusene ved at deler av denelektive virksomheten overføres til private, mens ansvaret for akuttjenestene blir igjen.
3. De offentlige sykehusene tappes for nødvendig kompetanse ved at viktige personellgrupper, herunder spesialsykepleiere, søker seg over til private elektive virksomhet med mindre vaktbelastning.
4. Utfordringer for utdanningssektoren med å legge til rette for praksis i en stadig mer oppsplittet tjeneste.
5. Oppsplitting og utarming av allerede små forskningsmiljøer.

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg skal komme i tillegg til dagens offentlige tjenestetilbud og rett til fritt sykehusvalg. Pasienter som først har fått tildelt en rett til helsehjelp av det offentlige, skal kunne velge om de vil behandles på et offentlig sykehus eller hos en privat aktør som er godkjent for å



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com



Digitalt godkjent av forbundsleder, 09.09.2014 - 17:10:34

levere den bestemte behandlingen gjennom fritt behandlingsvalg, til en pris fastsatt av staten. Ordningen ønskes først innført for døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og TSB, samt enkelte somatiske behandlinger. Det er ikke spesifisert hvilke behandlinger eller pasientgrupper som kan være aktuelle.

Departementet ønsker å lovfeste pasientenes rett til å velge tjenesteyter i ordningen for fritt behandlingsvalg, i kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven. Det foreslås en generelt utformet rettighet som både skal omfatte utredning og behandling. Omfang og innhold i ordningen, herunder krav til tilbydere, foreslås regulert gjennom en egen forskrift hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Godkjenningsordningen foreslås forvaltet av Helsedirektoratet.

Fritt behandlingsvalg skal i følge departementet ha to overordnede effekter: størrevalgfrihet for pasientene og mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet. Det legges til grunn at mange pasienter som har fått tildelt rett til nødvendig helsehjelp venter unødvendig lenge på å motta helsehjelpen, samtidig som det kan være ledig kapasitet hos private. Ordningen skal også bidra til å demme opp for økningen i kjøp av private helseforsikringer som man frykter vil bidra til en to-delt helsetjeneste og dermed undergrave oppslutningen om vår offentlig finansierte helsetjeneste.

Det legges opp til en gradvis innfasing av ordningen, samt muligheter for at Helsedirektoratet skal kunne nekte godkjenning til virksomheter av hensyn til total kapasitet, tilgang til spesialistpersonell og geografisk ulikhet i tilbudet.

NSFs vurdering

NSF oppfatter at den foreslåtte ordningen i hovedsak er i tråd med det som ble skissert før valget. Fritt behandlingsvalg skal i følge høringsnotatet gi reduserte ventetider, økt valgfrihet for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre. Ordningen begrunnes også med et behov for å demme opp for de siste års økning i kjøp av private helseforsikringer.

Tilliten til at man vil få kompetent og effektiv hjelp når man trenger det er helt sentralt for oppslutningen om vår offentlig finansierte helsetjeneste. Det er grunn til å tro at det i dag både er pasienter som venter for lenge på å motta behandling, og som også lider helsetap eller blir stående utenfor arbeidslivet unødig lenge som følge av dette. Dette er kostbart for samfunnet og belastende for den enkelte. For personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser er dette et betydelig problem. Totalt sett kan det dermed være god samfunnsøkonomi å bruke mer på helse for å redusere kostnader på andre områder.

NSF har merket seg det økte omfanget av kjøp av private helseforsikringer. Vi deler regjeringens bekymring for at dette på sikt, dersom utviklingen fortsetter, kan innebære at det utvikles et todelt helsevesen og skapes økte forskjeller i befolkningen. Per i dag er det først og fremst arbeidsgivere som kjøper slike forsikringer for sine ansatte, og i liten grad privatpersoner. Ved utgangen av 2013 var 9 av 10 forsikringsavtaler knyttet til behandling, betalt av arbeidsgivere. Det kan være ulike årsaker til at arbeidsgivere velger å tegne slike avtaler.

Spørsmålet er om og i hvilken grad den foreslåtte ordningen med fritt behandlingsvalg evner å møte utfordringsbildet på en slik måte at **a)** nytten står i forhold til kostnadene, sammenliknet med andre alternativer, og **b)** at kriteriene i prioriteringsforskriften overholdes slik at de som trenger det mest får et tilbud først. NSF finner det ikke bevist at så er tilfellet:

- Ordningen mangler en tydelig innretning for å sikre et bedre tilbud til



pasienter som venter unødig lenge på behandling, eller som er i fare for å lidehelsetap. I høringsnotatet heter det at ordningen fortrinnsvis skal innrettes mot «...*høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange*» (side 67). Samtidig slås det fast at ordningen egner seg best «...*for pasienter med avklarte og veldefinerte behov*» (side 72).

- Det heter at det finnes ledig kapasitet hos private som kunne vært benyttet, men høringsnotatet synliggjør ikke hvilke behandlinger og pasientgrupper det eventuelt dreier seg om. Private leverandører vil også hele tiden kunne utvide sin kapasitet.
- Det fremgår ikke hvordan innhold i og varighet av behandling og oppfølging skal fastsettes for pasienter som velger å benytte seg av fritt behandlingsvalg.
- Det mangler i dag nødvendig informasjon for å kunne fastsette priser på etriktig nivå for de fleste prosedyrer/behandlinger, noe som er en forutsetning for lønnsomheten i ordningen og for å hindre en undergraving av anbudsinstuttet. Det legges opp til å ta utgangspunkt i områder hvor det finnes markedspriser, typisk etter anbud. Dette vil dermed legge klare begrensninger og være førende for hva som vil bli tilbudt innenfor ordningen, og til hvem.
- Kostnadene ved å innføre ordningen er usikker og administrasjonskostnadene er ikke synliggjort. Konsekvensene for kommunene både økonomisk og praktisk som følge av krav om mottak av flere utskrivningsklare pasienter er ikke drøftet.

Ordnningen med fritt behandlingsvalg skulle først komme pasientene innenfor TSB og psykisk helsevern til gode. Nå foreslås det å begrense ordningen til å gjelde døgnbehandling. I psykisk helsevern var imidlertid 92% av nyhenvisningene til poliklinisk behandling 3. tertial 2013. Innenfor TSB gjaldt det 68% av nyhenvisningene. I statsbudsjettet for inneværende år slås det fast at omstruktureringen av det psykiske helsevernet skal fullføres. Overføring av allmennpsykiatriske funksjoner og ressurser fra sykehus til DPS, og fra døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant virksomhet, er sentrale elementer i denne omstruktureringen. NSF kan ikke se at forslaget er i tråd med eller støtter opp om disse målsettingene.

Pasienter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser har ofte behov for langvarige og sammensatte tjenester. Dette krever samarbeid med ulike kommunale tjenester og andre spesialisthelsetjenester, samt oppfølging over tid. Det fremgår ikke hvilke forpliktelser private leverandører skal ha i forhold til dette.

Høringsnotatet gir generelt en grundig gjennomgang av alle de mulige negative konsekvensene av den foreslåtte ordningen, både når det gjelder kostnader, kvalitet, prioritering av lettere lidelser på bekostning av alvorlige og sammensatte lidelser, overbehandling, fragmentering av pasientforløp, konkurranse om knappe personellressurser, økte geografiske forskjeller osv.

Den eneste garantien mot disse mange negative effektene er løftet om en forsiktig og gradvis innfasing, og muligheten for å ivareta helsepolitiske hensyn gjennom skjønnsmessige vurderinger i forvaltningen av godkjenningsordningen.

Helsedirektoratet pekes ut som godkjenningsinstans og den som skal foreta disseskjønnsmessige vurderingene. Helsedirektoratet godkjenner i dag institusjoner for bruk av tvang gjennom psykisk helsevernloven. I dette ligger det imidlertid ingen fullmakter til å nekte institusjoner godkjenning ut fra slike helsepolitiske målsettinger. Ved å bli tillagt ansvaret for godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg gis Helsedirektoratet dermed en rolle og en myndighet i forhold til RHFene og deres «sørge-for» ansvar, som de ikke har hatt tidligere.

Det legges opp til at innfasingen av ordningen skal skje i et samspill med private aktører gjennom en «konsultasjonsmekanisme» mellom Helsedirektoratet og



hovedorganisasjonene som organiserer fritt behandlingsvalgleverandørene, dvs NHO Service, Spekter og Virke. Gjennom denne mekanismen skal det blant annet kartlegges områder med ledig kapasitet. Etter vår mening burde en slik kartlegging ligget til grunn for høringsnotatet, og dermed vært synliggjort både for høringsinstansene og for Stortinget. Dette ville også være i tråd med regjeringens uttalte ønske om økt åpenhet i styringen av spesialisthelsetjenesten. Nå bes i stedet Stortinget om å vedta lovendringer som vil gi regjeringen fullmakter til å utforme ordningen i etterkant, i samråd kun med aktører som har direkte interesser i ordningen, uten egentlig å vite noe særlig verken om omfang, kostnader, eller hvem som vil få et tilbud gjennom ordningen.

Forslaget vil etter NSF's vurdering bidra til økt sentralisering av behandlingstilbudet og større geografiske forskjeller, økt konkurranse om knappe personellressurser og en særlig kapasitetsøkning innenfor behandling av enklere lidelser/tilstander. NSF kan ikke se at en slik utvikling er i tråd med prioriteringsforskriften, eller at det vil bidra til å realisere sentrale helsepolitiske målsettinger om økt vekt på oppbygging av tilbud i kommunene, mer forebygging og helsefremmende arbeid, og etablering av helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp.

Fjerning av aktivitetstaket

Siden 2004 har det vært ført en aktivitetsstyring i form av en bestilling av antall DRG-poeng i oppdragsdokumentene til RHFene. RHFene har ikke fått betalt full DRG-pris for aktivitet utover det fastsatte nivået. Dette taket tenkes nå fjernet for å sette de offentlige sykehusene i stand til å konkurrere. Det skal også motvirke at ventelisten kun flyttes fra offentlig til privat sektor, og hindre en endring av prioriteringene.

NSF's vurdering

Fjerningen av aktivitetstaket er nødvendig for å kunne motvirke negative konsekvenser av fritt behandlingsvalg og for å kunne skape en konkurransesituasjon. Slik sett blir det ene en logisk konsekvens av det andre.

RHFene vil fortsatt måtte gå i økonomisk balanse, men når aktivitetstaket fjernes blir det større mulighet til å «produsere» seg ut av underskudd.

NSF ser muligheten for flere negative vridningseffekter som følge av dette

Endret prioritering

Mye taler for at en økt bruk av private virksomheter i spesialisthelsetjenesten vil medføre en økning i kapasiteten innenfor behandling av lettere og/eller avklarte tilstander. I høringsnotatet heter det også at det «...*neppe vil være sammenfall mellom pasientgruppene som omfattes av henholdsvis aktivitetsøkningen i privat sektor og aktivitetsnedgangen i de offentlige sykehusene*»(side 81-82). Fjerningen av aktivitetstaket i de offentlige sykehusene er derfor nødvendig for å hindre at prioriteringene av pasienter blir endret.

Med økt konkurranse og et sterkt fokus på å redusere ventetid, vil imidlertid også de offentlige sykehusene kunne bli fristet til å oppprioritere de med lang ventetid for på den måten å redusere sin gjennomsnittlige ventetid enklest mulig. Hensynet til inntjening vil også kunne medføre den type strategiske tilpasninger. Dette vil medføre en forskyvning av behandlingsskapasitet og tilbud i favør av enkelte pasientgrupper på bekostning av pasienter med langvarige og sammensatte behov.



Med økt ISF-andel og fravær av aktivitetstak ligger det også an til at virksomhet med ISF-finansiering vil bli prioritert på bekostning av rammefinansiert aktivitet.

Konsekvenser for gjennomføringen av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer en overføring av oppgaver og ansvar til kommunene. Ved å bygge opp gode tjenester lokalt skal etterspørselen etter og bruken av spesialisthelsetjenester dempes. Reformen legger til grunn at samfunnet i dag bruker for mye ressurser på å behandle sykdom og for lite på å forebygge og begrense. Ved å snu på dette og bruke mer ressurser på å unngå, utsette og redusere sykdom vil det bety økt helsegevinst for den enkelte, og en økonomisk gevinst for samfunnet. For å understøtte en slik utvikling skulle kostnadsveksten være større i kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen går nå motsatt vei på tross av uttalte løfter om at målene i samhandlingsreformen ligger fast. Alle bremses for vekst i spesialisthelsetjenesten slippes opp, og ordningen med kommunal medfinansiering fjernes. Resultatet vil ikke uten videre bli kortere køer i spesialisthelsetjenesten, men økt tilstrømming og et redusert fokus på behovet for å bygge opp kommunale tilbud. Det er en kjensgjerning at etterspørselen etter spesialisthelsetjenester ikke er konstant, men elastisk. Det vil si at når tilbudet øker vil også etterspørselen øke og dermed «spise opp» mye av kapasitetsøkningen.

Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten vil også få konsekvenser for kommunene, både direkte gjennom ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter og gjennom økt etterspørsel etter kommunale tjenester som hjemmesykepleie, korttidsplasser, helsetjenester, fysioterapi osv. Det går ikke frem av høringsnotatet hvordan dette skal kompenseres – problemstillingen er ikke behandlet. De kommunale tjenestene er allerede under sterkt press og lider både under ressurs- og kompetansemangel. Dette slås også fast i OECDs rapport om den norske helsetjenesten.¹

Økte kostnader – usikker helsegevinst

Spesialisthelsetjenesten har vært gjennom en kraftig omstilling de siste årene. Norske sykehus har i dag en av de høyeste beleggprosentene i OECD, en høy andel dagbehandling og høye utskrivningsrater. Etter NSF's vurdering er det et stort behov for investeringer i infrastruktur i form av bygg, utstyr, IKT og kompetanse hos ansatte. Uten at dette kommer på plass vil de offentlige sykehusene slite både med å øke kapasiteten og sikre en effektiv drift.

I høringsnotatet pekes det på at RHFene i dag går med overskudd og at de har god kostnadskontroll. Det er utarbeidet bærekraftige langtidsplaner som gir sterke insentiver til effektivisering og ansvarlig drift. Det sies også at flere sykehus kan øke aktiviteten uten å gå med underskudd eller avvike fra langtidsplanene. Dette er godt nytt. Det gjør det imidlertid enda vanskeligere å forstå grunnlaget for og nødvendigheten av den foreslåtte «behandlingsvalgreform» som NSF frykter vil medføre betydelig økte kostnader til spesialisthelsetjenesten, men uten at det kommer de med de største behovene til gode, eller bidrar til å løse de mest sentrale helsepolitiske utfordringene vi i dag står overfor.

Økt bruk av anbud

¹ OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014.



Økt bruk av anbud lanseres som det primære virkemiddelet i regjeringens «behandlingsvalgreform». De private skal i fremtiden ikke bare være et supplement, men «...inngå i sørge-for-ansvaret på en annen og mer forpliktende måte enn i dag» (side79). Gjennom eierstyringen vil regjeringen nå gi RHFene i oppdrag å utarbeide offensive strategier for økt bruk av private gjennom anbud, og de skal pålegges å inngå et tettere samarbeid med private. Dette beskrives som «...en videreutvikling av bestillerfunksjonen».

Det offentlige skal fortsatt ha hovedansvaret for områder som for eksempel akuttmedisin, høyspesialisert medisin, nasjonale/regionale funksjoner, forskning og utdanning. Ved å la de private ta mer ansvar for enkelte pasientgrupper eller enklere operasjoner og etterkontroller, tenker man at helseforetakene vil «...få frigjort kapasitet til behandling av prioriterte pasientgrupper». Det fremgår ikke hva man tenker er enkle operasjoner eller høyt prioriterte pasientgrupper.

NSFs vurdering

Forrige regjering la til grunn at de private kommersielle sykehusene skulle være et supplement til det offentlige tilbudet, og det ble lagt begrensninger på omfanget av avtalene. Dette ble blant annet begrunnet med hensynet til pasientgrunnlaget ved de små offentlige sykehusene. Departementets nye anskaffelsesstrategi for spesialisthelsetjenesten innebærer et klart brudd med denne politikken. I høringsnotatets kapittel 16 skisseres en ny og større rolle for private aktører:

- De skal kunne fungere som underleverandører til et helseforetak
- De skal kunne gis ansvar for deler av tilbudet i et gitt geografisk område, og spesialisere seg på enkelte fagområder. Helseforetak kan da redusere sine tilbud på enkelte områder.
- Det tas til orde for faglig samarbeid mellom private og offentlige
- spesialisthelsetjenester, og deltakelse av private i forskningsprosjekter.
- Private virksomheter og avtalespesialister skal inkluderes i regionalt planarbeid.
- Det legges opp til at større private leverandører både kan ha en viss forskningsaktivitet og inngå i utdanningsløp.

Gjennom høringsnotatet ser vi nå konturene av en reform som vil legge til rette for et omfang av privat tjenesteyting, og en rolle for private leverandører, som vi aldri tidligere har sett i Norge. Gjennom en aktiv bruk av eierstyringen legges det opp til å øke omfanget av privat tjenesteyting innenfor alle deler av spesialisthelsetjenesten. Fritt behandlingsvalg vil foreløpig bare utgjøre en liten og begrenset del av denne reformen.

NSF er dypt bekymret for hvilke konsekvenser den politikken det nå legges opp til vil få for spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. Regjeringens politiske plattform legger til grunn at bruk av konkurranse stimulerer til verdiskapning, bedre tjenester og effektivisering. Hva som skal «produseres» og til hvilket formål er tilsynelatende uinteressant, og det slås fast at «produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester». NSF er grunnleggende uenig i en slik analyse: målet for helsetjenestene er ikke bare å produsere mest mulig tjenester til en lavest mulig pris, men å skape mest mulig helse for befolkningen. Private kommersielle leverandørers ønske om maksimal profitt er ikke uten videre forenlig med dette målet.

Mens det åpent innrømmes at fritt behandlingsvalg vil kunne ha en rekke negative konsekvenser, skal øyensynlig RHFenes «sørge-for» ansvar garantere mot alt dette ved økt bruk av anbud. Det fremgår imidlertid ikke av notatet hvor fritt RHFene vil stå når det gjelder å vurdere omfanget av samarbeid med private aktører. Kan de for eksempel velge å videreføre dagens praksis med et



begrenset volum av privat tjenesteyting? Kan de fritt velge å løse oppgaver i egen regi heller enn å kjøpe tjenester hos private? Mye kan tyde på RHFene ikke vil stå så fritt når det gjelder å vurdere dette, men at departementet gjennom sin eierstyring tydelig vil stille krav som skal sikre en økt bruk av private. Vi viser i den forbindelse til Regjeringens tilleggsproposisjon til statsbudsjettet for 2014 hvor basisbevilgningen for de regionale helseforetakene ble økt med 300 millioner kroner utover opprinnelig forslag, men hvor styrkingen skulle gå til økt bruk av private for å redusere ventetidene. RHFene kunne dermed ikke selv vurdere hvordan de ville bruke pengene.

Slik det beskrives i høringsnotatet vil en økt bruk av private gjennom bruk av anbud gi flere og bedre tjenester til alle: når private avlaste de offentlige tjenestene ved å løse enkle oppgaver, kan de offentlige tjenestene konsentrere seg om de høyt prioriterte gruppene. Etter NSF's vurdering er ikke virkeligheten så enkel:

Konsekvenser for sykehusstruktur og tilbud

Reformen innebærer en økning i det elektive tilbudet og først fremst innenfor somatikk. Det innebærer at både mer penger og personellressurser vil gå til den typen virksomhet. Sykehusstrukturen i Norge defineres i stor grad av akutttilbudet. Samtidig er sykehusene avhengig av en viss elektiv virksomhet både for å opprettholde et faglig miljø, tiltrekke seg arbeidskraft og av hensyn til inntjening. En overføring av elektive behandlingsoppgaver til privat virksomhet vil dermed fort kunne innvirke på det lokale behandlingstilbudet, og bidra til økt sentralisering.

Dersom en stor andel enkeltbehandlinger sluses over til private sykehus/leverandører betyr det at de offentlige sykehusene vil miste viktig kompetanse og erfaring i utførelse av bestemte prosedyrer innenfor ulike fagområder. Dette vil få konsekvenser for pasienter i de offentlige sykehusene/tjenestene som dermed ikke vil få, eller få vanskeligere tilgang, til viktig kompetanse og behandling. Dette vil særlig ramme pasienter med komplisert tilstander og sammensatte behov.

En slik utvikling vil også få konsekvenser for de offentlige sykehusenes muligheter for å utvikle og opprettholde kompetanse og ferdigheter i egne tjenester, og tappe sykehusene for viktige lærings-/utdanningsarenaer for leger og sykepleiere.

Konsekvenser for ressursutnyttelse og effektivitet i de offentlige sykehusene

Regjeringens politikk med økt bruk av private leverandører i spesialisthelsetjenesten bygger på en antakelse om at private kommersielle aktører er billigere og mer effektive enn offentlige tjenester, og at de har ledig kapasitet. Når pasienter samtidig må vente unødig lenge på behandling, med mulig risiko for å lide helsetap, blir det nærmest en moralsk handling å sikre et større innslag av privat tjenesteyting.

Det er antatt at hovedforklaringen på lave priser i de private kommersielle sykehusene er at de ikke har akuttberedskap. På grunn av dette har de ikke utgifter til kvelds- og nattevakter, og de slipper avbrudd i operasjonsprogrammene for å håndtere akutte innleggelser.²

En overføring av «lette operasjoner og prosedyrer» til private vil kunne ramme utnyttelsen av operasjonskapasiteten ved de offentlige sykehusene. For å kunne utnytte et operasjonsteam fullt ut og unngå dødtid, består operasjonsprogrammet som regel av operasjoner med ulik kompleksitet og varighet. En overføring av lette operasjoner til private er

² Hagen, T.P (2013) – Pasientrettigheter og bruk av private kommersielle sykehus, UiO.



dermed ikke ensbetydende med frigjort operasjonskapasitet i de offentlige sykehusene, men mer dødtid og dermed redusert effektivitet og ressursutnyttelse.

Konsekvenser for de offentlige sykehusene/tjenestenes evne til å rekruttere og beholde arbeidskraft

Dersom forslaget til «behandlingsvalgreform» gjennomføres vil det medføre økt aktivitet og et økt personellbehov i privat sektor. Dette personellbehovet må enten dekkes gjennom at personell i offentlige sykehus/tjenester og kommuner velger å gå over til privat sektor, eller gjennom import av arbeidskraft. I høringsnotatet peker departementet også på denne sammenhengen. Det sies åpent at dersom nøkkelpersonell på sykehusene går over til annen behandlingsvirksomheter, og/eller offentlige sykehus og kommuner må konkurrere om knappe personellressurser, vil det kunne få konsekvenser for pasientbehandling, utdanning, forskning og pasientopplæring ved sykehusene.

Spesialsykepleiere fyller funksjoner i helsetjenesten som direkte påvirker behandlingsskapasiteten og kvaliteten på pasientbehandlingen. Med dagens utdanningstakt utdannes det ikke nok spesialsykepleiere til fylle behovene. I spesialisthelsetjenesten er mangelen på operasjon-, anestesi- og intensivsykepleieresærlig stor. Dette er en viktig årsak til unødvendig lang ventetid for mange pasienter.

Det er sannsynlig å tro at private virksomheter vil satse på lettere elektive behandlingsformer som kan gjøres som dagbehandling. Dette kan virke rekrutterende på sykepleiere som har høy vaktbelastning i det offentlige, som operasjon-, anestesi- og intensivsykepleiere. Dette kan innebære at de offentlige sykehusene tappes for nødvendig kompetanse og dermed kapasitet. Bruken av vikarer i helsesektoren er utbredt (SSB 2013), og spesialsykepleiere utgjør den største andelen av vikarer (Fafø -rapport 2011:20).

Med økt konkurranse om allerede knappe personellressurser vil også offentlige sykehus/tjenester kunne få et økt behov for innleid og importert arbeidskraft. En utstrakt bruk av innleid og utenlandsk helsepersonell vil kunne få direkte konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. NSF kan ikke se at dette er forenlig med regjeringens uttalte mål om å skape pasientens helsetjeneste, og heve kvaliteten.

Konklusjon

Norsk Sykepleierforbund er opptatt av å sikre befolkningen tilgang til helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av bosted, kjønn, etnisk eller religiøs tilhørighet. Vi mener dette best ivaretas ved at det offentlige ikke bare finansierer men også står for tjenesteytingen.

Etter NSF's vurdering vil regjeringens «behandlingsvalgreform» innebære et omfang av privat kommersiell tjenesteyting som vi ikke har sett i norsk helsetjeneste før. Begrunnelsen for å gjennomføre en slik reform er etter NSF's vurdering svak, og konsekvensene for spesialisthelsetjenesten og kommunene er ikke tilstrekkelig utredet. Rekkevidden av de endringene som foreslås både når det gjelder prioritering, behandlingsforløp, kostnader, personellknapphet mm er derfor vanskelig å overskue. Dersom en stor andel enkeltbehandlinger sluses over til private sykehus/leverandører betyr det at de offentlige sykehusene på sikt mister viktig kompetanse og ferdigheter i utførelse av bestemte prosedyrer. Dette mener vi er uheldig for det samlede pasienttilbudet i spesialisthelsetjenesten, og ikke til gagn hverken for pasienten eller samfunnet.



Regjeringen har som mål å stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mereffektive gjennom konkurranseutsetting. Andre tiltak for å oppnå reduserte ventetider og ventelister er ikke vurdert, og konsekvensene av de foreslåtte tiltakene er ikke utredet. NSF mener at både finansiering og utføring av helsetjenester skal være i offentlig regi. Konkurranseutsetting er ikke forenlig med prinsippet om god ressursutnyttelse, lik tilgjengelighet til helsetjenester, forsvarlig arbeidsmiljø og tariffestede rettigheter for de ansatte.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal legges frem høsten 2015. Planen skal i følge regjeringen gi et «portrett av sykehus-Norge» og legge rammene for fremtidig utvikling av spesialisthelsetjenesten. NSF stiller seg spørrende til hvordan den foreslåtte «behandlingsvalgreforamen», med en offensiv bruk av anbud og konkurranseutsetting av de offentlige sykehusene, passer inn i denne planen. NSF har en klar forventning om at regjeringen gjennom sykehusplanen oppfyller sitt løfte om økt åpenhet, og legger frem for Stortinget en helhetlig plan som tydelig viser hvordan spesialisthelsetjenesten skal organiseres og styres i årene fremover.

Med vennlig hilsen

Eli Gunhild By
Forbundsleder

Kari Elisabeth Bugge
Fagsjef

