

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## Høringsvar fra Helsefak ang. fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

Det helsevitenskapelige fakultets kjerneoppgaver er forskning og utdanning og vårt høringsperspektiv må sees i lys av dette. Innspillene til høringsnotatet har primært kommet fra det kliniske miljøet ved Institutt for klinisk medisin, og vår fagenhet for arbeids- og miljømedisin.

Forskning, utdanning og pasientbehandling er integrerte virksomheter. Utdannings- og forskningsmessig er det først og fremst grunnlaget for de helsefaglige og medisinske grunnutdanninger kan bli berørt. Men universitetene vil i samarbeid med helseforetakene sannsynligvis også få en tydeligere rolle i utdanningen av legespesialister.

Høringsnotatet beskriver godt bakgrunnen for forslaget om innføring av fritt behandlingsvalg, som inntreffer etter vurdering av henvisning til offentlig sykehus og utsendelse av brev om oppstart av utredning eller behandling. Fritt behandlingsvalg kommer i tillegg til dagens lovverk som tillater fritt sykehusvalg. Intensjonen med høringen er å tilby pasienter valgfrihet i behandlingssted, bl.a. for å søke å redusere lange ventetider i enkelte fagområder.

Balansen mellom offentlig og privat helsetjeneste er ideologisk forankret og ikke gjenstand for vår vurdering. Det synes imidlertid å være *forhold som gjør at offentlige sykehus kostnads- og ressursmessig vil komme dårligere ut enn private konkurrenter*:

- *Vurdering av henvisninger skal fremdeles gjøres i det offentlige.* Høringsnotatet påpeker at antallet henvisninger er økende og at det i 2013 ble vurdert 1 367 000 av disse (høringsnotatets pkt. 2.4). Beregnes 10 minutter per henvisning (mottak, registrering, tilrettelegging for vurdering, vurdering inkl. lesing av henvisning, øvrig journal, nødvendig litteratur, diskusjon med kolleger, innhenting av supplerende opplysninger, utsendelse av svarbrev, fornyet vurdering dersom pasienten har rett til dette, m.m.) vil det gå med ca. 130 årsverk til dette (1750 timer/årsverk). Vurdering av henvisninger er en viktig del av spesialistutdanningen og vil måtte gjøres også av leger med mindre erfaring og det er grunn til å anta at eksempelets 10 minutter er et absolutt minimum.
- *Reisekostnader beholdes i helseforetaket* og kan antas å øke med økt pasientmobilitet som følge av fritt behandlingsvalg (høringsnotatets pkt. 7.6.7).
- Det er å forvente at *det er de yngre, friskere, «lette» pasientene som best egner seg for fritt behandlingsvalg* (høringsnotatets pkt. 7.4.2). Dette er grupper som vanligvis medfører minst kostnader per pasient.

- *Behovet for døgnåpen bemanning* med tilstrekkelig kapasitet til å ta seg av pasienter til innleggelse, vurdering og behandling med behov for øyeblikkelig hjelp vil fortsatt være en del av det offentliges ansvar.
- Med mulighet for lavere kostnader er det sannsynlig at *private aktører vil vinne en god del av de planlagte anbudsrunder*. Lavere kostnader gir også rom for å lokke fagfolk med bedre lønn enn det offentlige kan tilby. Det må derfor antas at fritt behandlingsvalg kan medføre en overføring av pasienter fra offentlige til private, spesielt «volum»-pasienter med enklere lidelser.
- En *konkurranse om fagfolk og et potensielt tap av kompetanse fra de offentlige sykehus*; kompetanse i de ulike spesialiteter, men også gode lærekrefter og potensielt gode forskere.
- *Økt krav til effektivisering av pasientbehandlingen i de offentlige sykehus for å møte anbudskrav vil måtte gå ut over tid og kapasitet til utdanning og forskning*. Ved Institutt for klinisk medisin (IKM) er mange av instituttets ansatte i deltidsstilling med hovedstilling i helseforetak. Dette bidrar til å bygge bro mellom helsevesenet og utdanningsinstitusjonen. En endring av dette vil være uheldig og er i dag ikke ønskelig.

*Utdanning av helsepersonell* (i grunn- og spesialistutdanning) er avhengig av tilgang på pasienter og lærere. Med dagens lange ventelister kunne man anta at det er nok pasienter til det offentlige helsevesen til å drive utdanning, men «tapet» av pasienter vil kunne være skjev (se kommentarer over). *Forskning*, herunder også kvalitetssikring, metode-/fagutvikling, legemiddelutprøving, utstyrsutprøving er også avhengig av god og representativ tilgang på pasienter og et kompetent personale. Dette vil kunne bli berørt gjennom mangel på definerte pasientgrupper og tap av kompetanse i en økt konkurranse om personale.

Hensynet til utdanning er nevnt i høringsnotatet (bl.a. pkt. 8.3.2) og muligheten for flukt av fagpersonell også (pkt. 8.3.3). Forskning er bare nevnt summarisk som det offentliges oppgave i bl.a. notatets pkt. 11 med underpunkter, men er som sagt en integrert del av virksomheten.

Mulige konsekvenser som ligger i de begrensede muligheter for dynamikk i dagens helsevesen, *behovet for økt administrasjon av den foreslåtte ordning, faren for sentralisering av helsetilbudet*, både innen regionen og mellom regionene, er nevnt i uttalelsen fra Fagområdet arbeids- og miljømedisin.

En samlet vurdering tilsier at en gjennomføring av fritt behandlingsvalg vil kunne ha negative konsekvenser for fagutviklingen av helsevesenet, herunder påvirke kvalitet i utdanning og forskning. Vi vil derfor sterkt understreke behovet for en forskningsbasert følgeevaluering som er nevnt i høringsnotatets pkt. 12.

Vennlig hilsen

Arnfinn Sundsfjord  
dekan

Eyvind Paulssen  
instituttleder  
Institutt for klinisk medisin

*Dokumentet er elektronisk godkjent og krever ikke signatur*

Vedlegg: Høringsinnspill fra fagenhet for arbeids- og miljømedisin