

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:
14/2020

Vår ref.:
2014/2889-3

Saksbehandler/dir.tlf.:
Trude Johannessen, 77 62 76 69

Dato:
16.09.2014

Høringsnotat - fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten

1) Innledning

Det vises til høringsnotat av 16.6.2014.

Høringsnotatet om fritt behandlingsvalg (FBV) er forbeholdt rus og psykisk helsevern samt enkelte områder av somatikken. Hvilke områder, er ennå ikke avklart. Man ønsker etter hvert å innfase hele somatikken. Forslagene i foreliggende høringsnotat er derfor både prinsipielle og vesentlige.

Regjeringen mener at økt konkurranse gjennom etablering av fritt behandlingsvalg vil stimulere de offentlige sykehusene til å bli bedre og mer effektive, noe man mener vil føre til at færre pasienter velger å benytte fritt behandlingsvalg. Vi støtter regjeringens ambisjoner om å utnytte ledig kapasitet i helsetjenesten for å bedre tilgjengeligheten til diagnostikk og behandling og derved redusere ventetider.

Vår oppfatning er imidlertid, at forslaget slik det foreligger kan føre til økt byråkratisering, fare for overbehandling samt endringer i prioriteringen av pasienter. Vi mener også at ordningen kan få negative følger for rekruttering av arbeidskraft i det offentlige helevesenet. I tillegg stiller vi oss tvilende til at forslaget generelt vil øke rettsikkerheten og gi et bedre tilbud til pasientene.

«Sørge for ansvaret» bør være enhetlig og tydelig plassert i foretakene. Vi mener derfor at forslaget om at Helse direktoratet gis en godkjenningsordning av private institusjoner innen FBV, ikke er en god løsning. Vi kan imidlertid støtte at FBV gjennomføres gjennom utvidet kjøp av helsetjenester fra private leverandører, hvor man som i dag, lar de regionale helseforetakene inngå nødvendige avtaler.

2) Pasientperspektivet

FBV vil i denne omgang gjelde for døgnbehandling for rus og psykisk helsevern. Innen psykisk helsevern gis institusjonstjenester i det alt vesentlige av offentlige institusjoner. Kun en liten andel av institusjonene er private med avtale med et RHF. Det er begrenset ledig kapasitet for døgnbehandling hos private tilbydere. Den dominerende andelen av pasienter får imidlertid poliklinisk behandling. Departementet legger ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i fritt behandlingsvalgordningen nå. Heller ikke akuttjenester og tvangsbehandling. Så lenge det nesten ikke finnes private døgnplasser i psykiatrien, er forslaget per dato nærmest uten realitet for tilbudet til psykiatriske pasienter.

Fritt behandlingsvalg innebærer at pasienten først må gå til fastlegen, fastlegen må henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten og pasienten må ha rett til spesialisthelsetjeneste og få en frist for undersøkelse/behandling. Deretter må pasienten selv oppsøke fritt behandlingsvalg og aktivt be om å bli behandlet ved et privat sykehus.

Det er sagt i forslaget at det er viktig at sykehuset, når henvisningen er vurdert og pasienten er tildelt rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, informerer om hvilke muligheter pasienten har i det videre forløpet. Pasienten må få informasjon om både fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, og hva disse rettighetene innebærer. Det er også viktig at pasienten gis god informasjon om hvordan sykehuset ser for seg pasientforløpet på det sykehuset som har vurdert henvisningen.

Vår erfaring og tilbakemeldinger fra pasientene er at all informasjon pasientene får om klageadgang, fritt sykehusvalg osv., ofte er av et slikt omfang at den overskygger selve informasjonen om behandlingen. Mange synes informasjonen er vanskelig å forstå. Det vil derfor være en pedagogisk utfordring å få alle til å forstå forskjellen på fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg og ikke minst mulige konsekvenser av valgene. Vi tenker da særlig på at private behandlingsaktører i enkelte tilfeller ikke vil ha kompetanse/ressurser/avtale om å følge opp pasienter etter avtalt utredning/behandling.

Videre vil pasientene miste muligheten til å påberope fristbrudd fra en privat behandlingsleverandør. Det vil si at en pasient, dersom vedkommende ikke får oppfylt den behandlingen vedkommende var lovet, ikke har krav på behandling fra andre offentlige eller private aktører. Vedkommende må da henvises på nytt til spesialisthelsetjenesten. Pasienter vil heller ikke kunne be om fornyet vurdering fra privat aktør.

Departementet er usikre på om retten til individuell plan og fritt behandlingsvalg lar seg gjennomføre ved FBV. I en individuell plan skal det fremgå hvilke tjenester pasienten har behov for fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjenesten. Dersom private aktører kun skal ha et begrenset behandlingsansvar, er det vanskelig å tenke at private aktører verken kan gi nødvendig oppfølging eller kan bestemme hva den offentlige spesialisthelsetjenesten skal bidra med.

Vi stiller oss noe undrende til at de foreslåtte endringene generelt sett, skal være med på å gi pasientene et bedre tilbud og å øke rettsikkerheten. Det er heller grunn til å tro at ordningen vil fremstå som byråkratisk og utilgjengelig for mange. I tillegg er vår oppfatning, at det vil være en ordning forbeholdt de mest ressurssterke i de mest sentrale delene av landet.

3) Overbehandling/endringer i prioritering av pasienter

Private aktører gis gjennom FBV adgang til både utredning og behandling uten volumbegrensning. 80 % av alle som henvises til spesialisthelsetjenesten, henvises til utredning.

Vi tror FBV kan bidra til overbehandling. Dersom FBV skulle bli vedtatt, foreslår vi at det kun innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange, uten at ventetiden er medisinsk begrunnet. Videre at man ved FBV kun gjør avtaler om behandling av enkelte avklarte og vel definerte tilstander, og på denne måten også forhindrer kirurgi på tvilsomme indikasjoner. I denne forbindelse vises til siste års medieoppslag om manglende nytte av kne- og skulderoperasjoner.

Det er en sammenheng mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. Det vil være naivt å tro at prioriteringer skjer uavhengig av økonomiske interesser.

Når det gjelder rusbehandling, finnes ulike typer private institusjoner med ulik behandlingsfilosofi og behandlingsslengde. Det må settes klare kriterier for innhold i behandling og varighet av behandling når institusjonene eventuelt skal godkjennes for deltakelse i FBV.

Polikliniske tjenester skal i følge høringsutkastet ikke inngå i FBV. Rusfeltet er det fagområdet som tilbyr færrest polikliniske tjenester. Vi mener det er viktig at man drøfter hvilken betydning det vil ha for utviklingen av rusfeltet i fremtiden, at man eventuelt unnlater å ta med poliklinisk behandling i FBV.

4) Tilgang på arbeidskraft og utdanning av helsepersonell

Tilgangen til enkelte spesialister og operasjonssykepleiere er i dag utfordrende. Ved UNN har vi tydelig merket konkurransen med andre offentlige institusjoner og private aktører.

Å skaffe nødvendig arbeidskraft, vil være hovedutfordringen i mange år fremover. Befolkningen blir eldre mens tilgangen på arbeidskraft reduseres. En eldre befolkning og et stadig mer spesialisert helsevesen øker etterspørselen etter helsetjenester.

Vår bekymring er at fritt behandlingsvalg skal gjøre situasjonen verre. Private aktører kan tilby gunstig arbeidstid uten natt- og helgevakter og er antagelig mer konkurransedyktig enn det offentlige, også når det gjelder lønninger.

Hvordan innføring av FBV vil påvirke den offentlige helsetjenestens evne til å ivareta grunnleggende funksjoner, vil være knyttet til hvordan dette påvirker evnen til å rekruttere og beholde arbeidskraft. Dersom nøkkelpersonell på sykehusene går over til fritt behandlingsvalgvirksomheter, og det offentlige helsevesenet må konkurrere om knappe personellressurser, vil det kunne få konsekvenser for pasientbehandling, utdanning, forskning og pasientopplæring ved sykehusene.

Det er i det offentlige helsevesenet utdanning av helsepersonell skjer i dag. Vi ser med bekymring på at det offentlige skal utdanne helsepersonell, som kan søke seg bort fra det offentlige helsevesenet, så snart bindingstiden er ute. Private aktører er ikke forpliktet til å bidra til fellesskapet i så måte. Det bør derfor vurderes hvordan private i fremtiden kan bidra med utdanning av helsepersonell.

5) Økonomi og prisfastsetting

Ordningen med fritt behandlingsvalg skal budsjetteres og dekkes over bevilgningene til de regionale helseforetakene (basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering). Utgiftene i 2015 er foreløpig anslått til 150 mill. kroner. Det er ikke sagt noe nærmere om hva disse midlene konkret skal dekke eller hvordan de skal fordeles.

Innføring av fritt behandlingsvalg gir større uforutsigbarhet i de økonomiske rammene til RHFene. Staten avlaster, i følge departementet, RHFene for en betydelig del av risikoen gjennom økte utbetalinger over ISF. Aktivitet som ikke alene kan finansieres av ISF- refusjoner må sykehusene bruke basisbevilgningen til å dekke.

Psykisk helsevern og rus er finansiert over basisbevilgningen, og omfattes ikke av aktivitetsstyringen. For disse områdene vil derfor RHFene fortsatt bære risikoen dersom aktiviteten blir høyere enn anslått.

Innføring av fritt behandlingsvalg vil medføre behov for tilpasninger i eksisterende IKT- plattformer og systemer hos statlige aktører og offentlige sykehus, samt i registre for innsamling og utarbeidelse av

informasjon om kvalitet, tjenestetilbud, ventetider m.m. Det er særlig viktig at problemene knyttet til sammensatte pasientforløp og IKT-løsninger er på plass før ordningen trer i kraft.

6) Behovet for regulering av forholdet mellom det offentlige og private aktører

Departementet mener det bør stilles krav for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet for de pasientene som velger å benytte seg av FBV. På denne bakgrunn foreslås, at det gis en hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om ordningen med fritt behandlingsvalg.

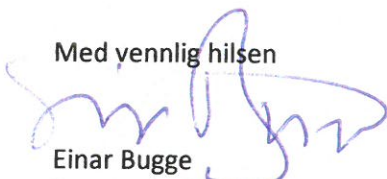
Vi er redd for at det vil skje en svekkelse av kvalitetskravet til private tilbydere når man lanserer en fri behandlingsvalgsordning som en alternativ vei inn i helsetjenestemarkedet for private tilbydere, i tillegg til anbudskonkurranser. Når de regionale helseforetakene inviterer til anbudskonkurranse, kan de i stor grad påvirke hva slags behandlingstilbud de gjør tilgjengelig for innbyggerne i regionen. Denne tilpasningsdyktigheten er det vanskelig å se at man kan videreføre i FBV.

Ved etablering i offentlig regi eller etter anbudsprinsippet innen rusfeltet, er målgruppene i dag definert på forhånd i forhold til kjønn, aldersgruppe, type rusmiddel, tjenestekategori, behandlingssideologi mv. Vi kan ikke se av høringsnotatet at dette er drøftet for FBV. Vi mener det er avgjørende at utviklingen av tilbudet innen FBV, ikke skal skje tilfeldig etter hva den enkelte institusjon måtte ønske å tilby, men derimot som en bevisst og målrettet styring av det samlede tilbudet.

Det bør absolutt stilles samme krav til dokumentasjon av aktivitet og kvalitet for private leverandører av helsetjenester som til de offentlige sykehusene og de private sykehusene og spesialistene med avtale. Denne rapporteringen gjøres best til det samme registeret som det offentlige registrerer i, det vil si NPR. De private leverandørene må ha datateknisk utstyr og programvare som leverer de etterspurte pasientdata/ helseopplysningene til riktig tid og i sikkert format.

Ordningen med fritt behandlingsvalg må fortløpende evalueres ved å analysere forbruket av helsetjenester i befolkningen. Oppstår det uheldige virkninger, må det tas samfunnsmessige og helsepolitiske overordnede hensyn. NPR vil være en viktig institusjon for kontinuerlig evaluering av effekten av innføring av fritt sykehusvalg. Forutsetningen er at NPR har gode data å jobbe med.

Med vennlig hilsen



Einar Bugge
Fag- og forskningssjef

Vedlegg: Uttalelser i sin helhet fra Psykiatri- og rusklinikken og Røntgenavdelingen.