

## **Høring - Forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg**

### **1. Innledning**

Vi viser til høringsnotat med forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten – fritt behandlingsvalg. Notatet har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjonsledd. Disse uttalelsene ligger til grunn for foreliggende høringsuttalelse, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre. Denne interne forankringen i organisasjonen er bakgrunnen for at høringssvaret er innsendt etter høringsfristens utløp.

Som nevnt i vår høringsuttalelse av 16.9.2014 til Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten er Legeforeningen positive til tiltak som kan føre til bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for befolkningen. Det er åpenbart at bruk av private helsetjenestetilbydere kan bidra positivt i så måte og med tanke på å bryte ned noe av den monopolrollen offentlige sykehus har. Slik vi ser det er det imidlertid høyst uklart hvorvidt ordningen fritt behandlingsvalg på bakgrunn av forslaget til forskriftsregulering er egnet til å bedre kvalitet, effektivitet, service og tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester.

Det er av departementet antatt at fritt behandlingsvalg vil føre til reduserte ventetider, økt valgfrihet og at det skal stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Legeforeningen vil bemerke at dette fremstår som en hypotese som nå skal testes ut gjennom innføringen av ordningen for enkelte begrensede behandlinger. På grunn av manglede utredninger fremstår det som svært usikkert hvilken effekt dette vil ha på de offentlige helseforetakene og deres behandlingstilbud. En hovedutfordring i dagens spesialisthelsetjeneste er ressursknapphet i sykehusene. Det er en fare for at ordningen med Fritt behandlingsvalg overskygger dette og ikke fører til en netto kapasitetsgevinst for spesialisthelsetjenestetilbudet.

Legeforeningen støtter departementet i vurderingen av at ordningen først skal forsøkes på enkelte utvalgte behandlingsformer. Som nevnt i vår tidligere høringsuttalelse anser vi døgnbehandling innen rus og psykiatri som uegnet til dette. Slik Legeforeningen ser det vil avklarte og mindre komplekse tilstander være mye bedre egnet for en slik utprøvende fase som man nå skal gå inn i.

Legeforeningen vil påpeke at man allerede har gode ordninger for offentlig finansierte private helsetjenester. Særlig er det grunn til å trekke frem ordningen med avtalespesialister som et velfungerende system som det er enighet om å bygge ut ytterligere. Det ligger en del muligheter i denne ordningen som vil kunne redusere behovet for Fritt behandlingsvalg i enkelte spesialiteter. Legeforeningen viser her til den senere tids utredningsarbeider om bl.a. mulighet for et nytt avtalebasert ISF- prosedyretakstsystem.

Inntil man har erfaring som viser at fritt behandlingsvalg virker slik man forutsetter, er det grunn til å avvente med å bygge ut ordningen. Etter vår oppfatning bør ordningen formelt tidsavgrænses (tidsbegrenset forskrift) og evalueres før evt videreføring.

### **2. Godkjenningsordning**

Legeforeningen registrerer at man har lagt opp til en lite byråkratisk prosess der tilbydere på gitte vilkår skal gis godkjenning uten noen ytterligere vurdering av kvaliteten i det de tilbyr. Vi registrerer videre at departementet påpeker at de samme kvalitetskravene vil gjelde for tilbydere med godkjenning som for de med avtale med RHF'ene og for offentlige helseforetak.

Legeforeningen er grunnleggende opptatt av at ressursene skal gå til undersøkelse og behandling og ikke utbygging av et allerede stort byråkrati. Samtidig er det helt avgjørende at ikke nye tiltak som

Fritt behandlingsvalg svekker kvalitet og pasientsikkerhet. Den minimumsmodell som så er forslått innebærer en fare for nettopp dette. Kvalitetskrav har blitt stadig viktigere i anbudsprosesser hvor private inngår avtaler med RHF.

Som departementet påpeker vil de offentligrettslige kravene til helsetilbydere gjelde på samme måte for private med godkjenning som for alle andre som tilbyr helsehjelp. Offentlig finansierte tjenester vil for befolkningen fremstå som offentlig kvalitetsgodkjente. Når tjenestene her skal tilbys innenfor det offentlig finansierte tilbudet, er det altså vår mening at det også bør gjøres en viss vurdering av kvaliteten på tjenestene som tilbys. I så måte fremstår det som om de foreslåtte reglene ikke vil sikre kvaliteten godt nok.

### **3. Tilsyn**

Brudd på for eksempel kravet om forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 vil typisk avdekkes i etterkant av uheldige hendelser. Legeforeningen vil benytte anledningen til å bemerke viktigheten av at Helsetilsynet i større grad yter veiledning og er proaktive for å forhindre uønskede hendelser. Ved at det her skal lages en godkjenningsordning har man en anledning til å gjøre nettopp dette. Her kan tilsynet involveres på et tidlig stadium og man vil kunne forhindre uønskede hendelser.

### **4. Spesialistutdanning**

Legeforeningen registrerer at departementet mener virksomheter med godkjenning ikke bør pålegges et krav om å delta i noen form for utdanning av helsepersonell. Dette er Legeforeningen uenig i. Som departementet påpeker vil det være høyst usikkert hvilket volum av behandlinger innen fritt behandlingsvalg den enkelte tilbyder vil få. Dette kan forsvare å ikke stille krav om å måtte stille med for eksempel fullverdige praksisplasser.

Når det gjelder leger i spesialisering (Lis) vil man innen mange spesialiseringsløp være avhengig av å ha foretatt en viss mengde prosedyrer av ulik art for å bli godkjent spesialist. Ved at et økende antall prosedyrer kan bli gjennomført ved private institusjoner er det også naturlig at Lis gjennomfører deler av sin utdanning her. Lis skal nå tilbys faste stillinger (f.o.m. 1.7.2015) og ved ansettelse presenteres for en utdanningsplan. Denne planen kan innebære praksis ved ulike helseforetak. Etter Legeforeningens mening bør forskriften allerede nå gi hjemmel for at det stilles krav til at virksomheter med godkjenning for fritt behandlingsvalg deltar i spesialistutdanning for leger, på nærmere bestemte vilkår. Dette forutsetter selvsagt at det er hensiktsmessig og at virksomheten blir godkjent som utdanningsinstitusjon på lik linje med offentlig eide virksomheter.

### **5. Hvilke behandlinger bør omfattes?**

#### **a. Psykisk helsevern og avhengighetsmedisin**

Legeforeningen påpekte i forrige høringsrunde at rus og psykiatri er fagområder som ikke er egnet for den utprøvende fasen som fritt behandlingsvalg nå går inn i. Det er flere grunner til dette. Flere av disse ble utdypet i forrige høringsssvar. Her vil vi nevne hvorfor vi mener disse fagområdene er særlig uegnet i denne tidlige fasen av fritt behandlingsvalgsordningen.

Som nevnt over anser vi innføringen av fritt behandlingsvalg som en forsøksvis utprøving. Ved å innføre systemet kun for enkelte utvalgte behandlinger vil man kunne undersøke om systemet har den effekten man antar at det vil ha. For å lett kunne se både effekten av fritt behandlingsvalg på offentlige helseforetak og hvor godt ordningen fungerer i seg selv, bør man innføre det på avklarte tilstander med enkle behandlingsløp. I disse tilfellene vil man kunne sammenligne og undersøke om

ordningen med fritt behandlingsvalg har den effekten man håper på. De medisinske fagområdene psykisk helsevern og avhengighetsmedisin særpreges av komplekse/sammensatte tilstander og individualiserte behandlingsløp. Det er vanskelig å se hvordan erfaringer fra fritt behandlingsvalg innenfor disse fagområdene skal kunne gi klare og gode svar på effekten av ordningen og hvordan den fungerer i praksis.

## **b. Somatiske behandlinger**

### Gynekologi

Det foreslås at behandling for urinlekkasje hos kvinner skal tas med i godkjenningsordningen fra starten. Det er her uklart om man her mener samtlige former for behandling; fysioterapi, uroterapi, medikamentell behandling, muskeldempende injeksjon, elektrostimulator eller kun kirurgisk behandling.

Også når det gjelder operasjon av genitalt fremfall må det spesifiseres hvilke prosedyrer den enkelte godkjenningsinstitusjonen kan utføre. Vi nevner her at dette opereres på ulike måter og at også konservativ behandling må vurderes.

### Oftalmologi

Legeforeningen støtter at injeksjonsbehandling av makula degenerasjon tas med i ordningen. Det understrekes at nødvendig kvalifikasjoner hos behandlende lege og nødvendig spesialutstyr er avgjørende for pasientsikkerheten.

Når det gjelder forslaget om å ta inn behandling for grå stær, er det vår mening at dagens ordning fungerer tilfredsstillende for denne behandlingen, og at den ikke bør tas inn i fritt behandlingsvalg. Vi vil her bemerke at det nå utføres så mange grå stær-behandlinger utenfor offentlige sykehus at en del avdelinger mener de har for få av disse operasjonene med tanke på utdanning av nye kirurger. Det er etter vår erfaring tilstrekkelig kapasitet for denne behandlingen i det offentlige. Samlet sett fremstår det derfor som at det ikke er behov for å innta kataraktbehandling i ordningen.

Ellers innen oftalmologien nevner Legeforeningen at andre aktuelle behandlinger for ordningen kan være screeningtjeneste for diabetikere og blefarochalaseoperasjoner.

## **6. Finansieringsmodell**

Legeforeningen registrerer at departementet har tatt hensyn til bemerkningen om at anbudsprisene ofte vil være konkurransesensitiv informasjon, og at man derfor skal ta utgangspunkt i gjennomsnittet for laveste tilbud fra de fire helseregionene. Vi vil imidlertid gjenta at det er vanskelig å se for seg den kapasitetsøkningen som man ønsker, dersom prisene skal ligge under anbudsprisene. Som vi nevnte i forrige høringsrunde vil deltakerne i anbudsordningen ha et betydelig større volum. Legeforeningen stiller seg spørrende til hvordan det skal kunne tilbys tjenester av høy kvalitet til en lavere pris når det også er større usikkerhet knyttet til volum.

På områder der det ikke er anbudspriser å ta utgangspunkt i blir prisfastsettingen mer utfordrende. Vi vil også her nevne at rus og psykiatri fremstår som uegnet i denne utprøvende fasen fordi man hverken har anbudspriser eller DRG å ta utgangspunkt i. En slik stykkprisordning som det legges opp til vil kunne fungere på klart avgrensede behandlinger. Det er vanskeligere å se for seg at ordningen vil fungere innen rus og psykiatri fordi tilstandene ofte er sammensatte og behandlingsløpene vil være individuelt tilpasset.