

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.noStab økonomi, juridisk og IKT
Juridisk seksjon

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2010/21713-20	14/2020	VEB/HEH	15.9.2014

Oppgis ved all henvendelse

HØRINGSSVAR – FORSLAG OM FRITT BEHANDLERVERVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 16. juni 2014 der det bes om hørings svar innen 16. september 2014 til høringsnotatet om fritt behandlervalg.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har behandlet Helse Sør-Øst RHF sin høringsuttalelse om fritt behandlervalg og støtter dette hørings svaret sett. Sykehuset vil i tillegg kommentere på noen punkter som er viktige for oss.

OUS støtter forslaget målsetting om å redusere ventetidene og øke valgfriheten for pasientene, samt stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. En slik målsetting får lett tilslutning, men OUS mener imidlertid at det finnes bedre måter å nå denne målsettingen på. Selv om det er et mål å redusere ventetidene generelt sett er det ikke nødvendigvis et mål at alle ventetider er så korte som mulig. Det er stor variasjon i hvor syke pasientene er og følgelig hvor høyt de bør prioriteres.

Fare for overbehandling – forsterket av fritt behandlervalg ved uavklart tilstand

Fritt behandlervalg innebærer at det etableres en ordning der alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. Det fremgår av høringsnotatet at alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal vurderes av offentlig spesialisthelsetjeneste, og at pasienten skal få beskjed innen 10 dager (reduert fra 30 dager, ikke trådt i kraft) om vedkommende er vurdert til å være en rettighetspasient eller ikke. Fritt behandlervalg egner seg, etter departementets oppfatning, best for avklarte tilstander (rett til behandling), men gjelder også ved uavklarte tilfeller (rett til utredning).

Virksomhetene i fritt behandlervalg er kommersielle aktører. I de tilfeller pasienten benytter seg av fritt behandlervalg ved rett til utredning, er det denne aktøren som vurderer pasientens videre behov for helsehjelp. Videre gjelder retten til fritt behandlervalg så langt behovet for spesialisthelsetjeneste er tilstede. Det vil være den som har pasienten til behandling som avgjør dette, basert på en medisinsk faglig vurdering av pasienten (faglig forsvarlig).

Det er grunn til å anta at det er en reell fare for overbehandling, både med tanke på valg av tiltak under utredningen, valg av behandlingsform og gjennom varigheten av en eventuell behandling. Likeledes kan man få en dreining mot behandlingsformer som ikke er i tråd med gjeldende retningslinjer, fordi behandlingstilbudet styres mot tjenester der det er rom for større



inntjening. Dette har vært en aktuell problemstilling tidligere hos pasienter som har fått behandling hos private etter fristbrudd, noe som er tatt opp med Departementet både av Helse Sør-Øst RHF (brev av 11.11.2011) og av HELFO pasientformidling.

Overbehandling er et onde for den enkelte pasient, beslaglegger midler som ellers kunne kommet andre pasienter til gode, og øker samfunnets samlede ressursbruk.

Manglende volumbegrensing gir vridningseffekter

Departementet mener at faren for overbehandling ikke må overvurderes. Departementet anfører at flere forhold vil kunne motvirke dette, som nasjonale retningslinjer for ulike behandlinger, at fritt behandlervalg leverandøren må kunne tilby faglig forsvarlig helsehjelp (må ha nødvendig kompetanse) og at den helsehjelpen pasienten har behov for må være omfattet av forskrift om fritt behandlervalg, da pasienten må henvises tilbake til den offentlige spesialisthelsetjeneste for videre behandling.

OUS deler ikke departementets syn på dette. Det er en reell mulighet for at fritt behandlervalg vil skape utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis som økt bruk av spesialisthelsetjeneste og også endring i henvisningspraksis. Denne risikoen forsterkes etter vårt syn av at man i forslaget har valgt å ikke legge inn noen form for volumbegrensning, slik man i dag har i avtalene med private helseaktører. Befolkningens behov for/bruk av spesialisthelsetjeneste er ikke en statisk størrelse, tilgjengelighet til en tjeneste vil kunne skape et økt behov i et marked hvor private aktører sitter med definisjonsmakten.

Oppsplitting av "sørge for"-ansvaret

Gjennom sykehusreformen ble "sørge for"-ansvaret entydig plassert hos staten ved de regionale helseforetakene, for å sikre likeverdige helsetjenester og rett prioritering. Etter vårt syn vil innføringen av en godkjenningsordning for fritt behandlervalg administrert av Helsedirektoratet i praksis bety en ny oppsplitting av "sørge for"-ansvaret, som vi ikke kan se er tilstrekkelig vurdert i Departementets arbeid. Når man også foreslår fritt behandlervalg ved uavklart tilstand begrenses spesielt RHFenes virkemidler for å sikre likeverdige helsetjenester og rett prioritering ytterligere.

Konsekvenser for de offentlige sykehusene

Som spesifisert i spesialisthelsetjenesteloven har de regionale helseforetakene ansvar for mer enn behandling av enkeltpasienter, herunder oppgaver som beredskap, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Helseforetakenes utdanningsoppgaver er i dag svært omfattende. Dersom fritt behandlervalg innføres i den form Departementet skisserer er det en reell risiko for at både pasientbehandlingen og disse andre lovpålagte oppgavene blir skadelidende, som følge av potensielt lavere pasientvolum og tøffere konkurranse om medisinsk spesialistkompetanse og annet kvalifisert personell. Evnen til å rekruttere og beholde arbeidskraft kan bli en utfordring. Allerede i dag mangler OUS – som så mange andre offentlige sykehus – et stort antall spesialsykepleiere, noe som påvirker vår kapasitet og ventetider. Med Departementets forslag vil denne mangelen kunne forverres ytterligere.

Fra vårt perspektiv er det ikke klart, slik Departementet mener, at en gradvis innfasing av FBV og løpende vurderinger om eventuelle konsekvenser for innføring i forhold til nye pasientgrupper, vil kunne korrigere dette.

Bierverv

OUS kan ikke se at bierverv er omtalt i høringsnotatet. Kan ansatte i offentlig spesialisthelsetjeneste arbeide som FBV leverandør? Dette er en problemstilling som må drøftes og avklares.

Innfasing psykisk helsevern og rusbehandling

Det fremgår av høringsnotatet at mange pasienter med psykiske problemer og rusavhengighet står på venteliste for å få behandling og FBV bør innrettes mot høyt prioriterte grupper der ventetidene er lange. Departementet skriver at man må unngå at innføring av FBV for døgnbehandling skaper utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene, eksempelvis ved en uønsket vridning av aktiviteten fra dag- til døgnbehandling. Departementet legger likevel ikke opp til å inkludere poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus i FBV - ordningen nå. OUS kan ikke si seg enig i dette og mener at ordningen slik den er beskrevet vil føre til dreining fra dag- til døgnbehandling.

OUS mener at ventelistestatistikken ikke viser et komplett bilde av ventetiden innenfor TSB. Ventelistestatistikken må analyseres slik at man vet hvem som venter på hva. Det er en mulighet for at FBV vil skape utilsiktede vridninger i ressursbruken og prioriteringene. Dette kan f.eks. være øket bruk av spesialisthelsetjeneste, endringer i henvisningspraksis, eventuelle rekrutteringsutfordringer for sykehus og kommuner av et begrenset antall kvalifiserte helsepersonell innen denne sektoren. For ytterligere utdypning henvises det til vedlagte hørings svar fra Klinikk psykisk helse og avhengighet.

Målsettingen om et forsvarlig pasientforløp utfordres

Departementet slår fast at det i utgangspunktet er den institusjon som har pasienten til utredning eller behandling som har ansvar for pasienten, slik at FBV-leverandør vil overta ansvaret for pasienter som velger seg dit. Det er imidlertid ikke nærmere beskrevet når dette valget skal anses å være tatt. God kvalitet på tjenesten og pasientsikkerhet forutsetter at det er klart hvor det medisinskfaglige oppfølgingsansvaret til enhver tid ligger. Hvilket ansvar har FBV-leverandøren ovenfor en pasient som ikke møter til oppsatt time?

I tillegg til at det er viktig å avklare ansvarsforholdet for å sikre at pasienter mottar forsvarlig behandling, genererer denne uklarheten problemer i forhold til ventelisterregistrering. Det er videre en forutsetning for forsvarlige pasientforløp at gode IKT-løsninger for kommunikasjon og rapportering er på plass ved en innføring. Mange aktører som hver for seg skal gi pasienten helsehjelp krever gode rutiner for samhandling mellom aktørene. Det vil i et pasientforløp være ulike grunner til at en pasient som har valgt seg FBV blir henvist tilbake til offentlig spesialisthelsetjeneste. Årsaken kan være manglende kompetanse hos FBV-leverandør, at type helsehjelp ikke er oppfattet av FBV- ordningen og at pasienten ønsker videre utredning/behandling i det offentlige. Det kan også være slik at selv om en pasient er utredet og/eller behandlet gjennom FBV, vil pasienten neste gang velge å bli behandlet i offentlig spesialisthelsetjeneste (for samme lidelse). Det er en forutsetning for å kunne yte forsvarlig helsehjelp at relevante og nødvendige opplysninger går på tvers av virksomheter, forutsatt at pasienten ønsker dette jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45.

Det kan også oppstå situasjoner hvor det er behov for samarbeid mellom FBV- leverandøren og den offentlige spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved komplekse forløp. Det samme gjelder ved komplikasjoner, både øyeblikkelig hjelp, og situasjoner som ikke krever en øyeblikkelig

hjelp-håndtering. I noen tilfeller kan dette også medføre at pasienten må overføres til den offentlige spesialisthelsetjenesten for videre helsehjelp. Slik vi ser det bør det klargjøres hvordan videre pasientforløp hvor pasienten har fått rett til utredning og ikke behandling - skal gjennomføres. Herunder hvordan og om forholdet til FBV-leverandøren skal reguleres for dette, samt hvordan og om nye prioriteringer og frister skal settes. Videre må det klargjøres hvordan en skal regulere og håndtere pasientforløp hvor FBV-leverandøren må ha bistand fra den offentlige spesialisthelsetjenesten for å kunne fullføre forsvarlig helsehjelp. Det er viktig at kriteriene for FBV-leverandøren også omfatter krav rundt håndtering av komplikasjoner og mer komplekse pasientforløp. Når en privat behandler påtar seg oppgaver med potensielle komplikasjoner, og har et trygt nettverk i den offentlige spesialisthelsetjenesten å støtte seg på, er også det en faktor som kan bidra til at pasienter med for høy komplikasjonsrisiko håndteres uten tilstrekkelig vurdering av risiko/nytteprofil.

Flere alvorlige tilsynssaker viser at samhandling mellom ulike nivåer, aktører, klinikker, avdelinger og enheter er særlig utfordrende, og at pasienter på grunn av manglende koordinering og manglende samarbeid på tvers blir skadelidende. For å sikre en forsvarlig og koordinert utredning/behandling må det foreligge prosedyrer/rutiner for samarbeid, ansvaret for pasienten må være avklart og behandlende personell må ha tilgang på relevant og nødvendige opplysninger om pasienten for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.

Involvering av aktører utenfor det offentlige system vil stykke opp pasientforløpene og ovennevnte utfordringer vil bli ytterligere forsterket ved en innføring av FBV. Departementet ønsker å innføre ordningen med psykisk helsevern og rus, en pasientgruppe som er spesielt sårbar og hvor behandlingen handler om kontinuitet, samhandling, langsiktige pasientforløp på tvers av nivåer og ikke tiltak preget av enkelt- innsats. Departementet spør i høringsnotatet om retten til individuell plan (IP) er gjennomførbar i FBV. OUS vil fremheve at formålet med IP er å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud som spesielt er viktig for denne pasientgruppen. OUS mener at det er helt nødvendig at disse pasientene får tilbud om IP. FBV-leverandørene må involveres i planarbeidet. Tjenestetilbudet til denne pasientgruppen vil svekkes betraktelig om lovkravet for IP oppheves for FBV-leverandører.

Juridisk frist

Høringsnotatet fremholder at departementet vil foreslå at pasienter som velger å oppsøke en FBV-leverandør ikke beholder den juridiske fristen. Det vil også bety at dersom FBV-leverandøren ikke overholder fristen som er satt vil ikke HELFO kobles inn for å finne et alternativt behandlingssted. OUS mener det ikke er riktig at det her legges opp til en forskjellsbehandling mellom den offentlige spesialisthelsetjenesten og FBV-leverandører. På tross av at man antar at situasjonen vil oppstå i svært få tilfeller, mener OUS at pasientens rettigheter må sikres også for de pasientene som velger en FBV-leverandør.

Praktiske utfordringer

Det fremgår av departementets kommentar til forslag til ny pasient- og brukerrettighetslov § 2-4 at alle henvisninger skal vurderes på et offentlig sykehus. Det kan synes som om selve forslaget til lovtekst ikke gjenspeiler dette. Det fremstår da som uklart om dagens ordning, der private som har avtale med et RHF og foretar rettighetsvurderinger skal fortsette med dette, eller om foretakene nå skal rettighetsvurdere alle henvisninger. Dersom dette siste gjelder vil det medføre et betydelig merarbeid for helseforetakene, og medføre en omlegging av dagens rutiner. OUS mener at departementet bør gjøre en nærmere vurdering av om målsettingen med offentlig

styring av prioriteringer kan gjennomføres hvis private aktører overtar både rettighetsvurdering og utførelse av den aktuelle helsehjelpen.

Fritt sykehusvalg skal bestå som ordning, ved siden av innføring av FBV. Det vil være vanskelig å forstå forskjellen på disse ordningene for pasienten. For helsetjenesten fordrer ordningene et helt ulikt løp i forhold til hvem henvisningen sendes til, og det er viktig at fastlegen er godt kjent med de ulike ordningene på grunn av fare for forsinkelse. Det blir viktig at fastlegen ikke sender henvisninger direkte til FBV-leverandørene, slik ordningen er for fritt sykehusvalg hvor henvisningen sendes direkte til aktuelle foretak eller til det private sykehuset RHFet har avtale med.

Når en henvisning kommer inn til spesialisthelsetjenesten kan det være uklart om pasienten ønsker FBV. Vurderingen av henvisningen skal gjøres innen 10 dager når denne lovendringen trer i kraft (raskere ved mistanke om alvorlige tilstander). For en bedre samlet utnyttelse av ressursene vil OUS presisere at kvaliteten på henvisningene må heves i forhold til dagens situasjon.

Forutsetningen for at pasienter skal kunne være i stand til å ta et valg, er at det er gitt god informasjon om hva de ulike ordningene innebærer. Det er lagt ned betydelig arbeid med pasientinformasjon. Det er en krevende øvelse å gi kortfattet, tilstrekkelig og tydelig informasjon til pasienter. Innføringen av FBV vil forandre informasjon om ordningen i tilbakemeldingen til pasienten. I tilbakemeldingen (inntil 10 dager) til pasienten skal pasienten ha informasjon om vedkommende er en rettighetspasient. Dersom dette er tilfellet skal pasienten få informasjon om tidspunkt for når helsehjelp senest kan starte opp. Dersom pasienten er misfornøyd med tidspunktet som er satt som oppstart, kan pasienten ta med seg rettigheten til en FBV-leverandør og motta helsehjelpen der. Dette betyr at helseforetaket må sette alle pasienter opp til en time, på ventelisten.

Pasientene som velger å heller benytte seg av tilbudet gjennom FBV vil ikke nødvendigvis avbestille oppsatt time i foretaket. En slik ordning vil medføre at disse pasientene har time to ulike steder (dobbelbooking). Spesialisthelsetjenesten vil ikke kunne stryke pasienter fra oppsatt time (avvikle fra ventelisten) før man vet at pasienten mottar helsehjelp fra FBV. OUS vil anbefale at FBV-leverandør pålegges plikt til å informere helseforetaket omgående ved oppstart av helsehjelp. Det er uklart hvordan man ser for seg at ordningen med at pasienten har time to ulike steder skal håndteres i praksis. Dette vil medføre dobbeltbookinger og ventelister som ikke er reelle. I tillegg vil dette medføre at antall ikke møtt til time vil øke og dette vil innebære at den offentlige spesialisthelsetjenesten vil få utfordringer med å sikre god ressursutnyttelse.

Departementet skriver at forslaget om FBV har to overordnede effekter, hvorav det ene er å gi pasienten valgfrihet og mulighet til å ta i bruk ledig kapasitet, samt å legge til rette for at de offentlige sykehusene forbedrer egen virksomhet for å beholde fornøyde pasienter. Det legges opp til dobbeltregistrering ettersom pasienter skal stå ventelisteregistrert i det offentlige helt til pasienten mottar helsehjelp gjennom FBV.

OUS mener at en slik "tom" ventelisteregistrering vil medføre at konkrete timer holdes for lenge for pasienter som har valgt FBV. Departementet skriver at ordningen er viktig for at pasienter skal kunne ta i bruk ledig kapasitet. Dette argumentet faller på sin egen urimelighet, når prisen for det er at det offentlige helsevesen skal holde på "tomme" timer. Dette er ikke særlig effektiv

måte å bruke ressurser på og vil gjøre det vanskelig å utnytte den offentlige behandlingsskapasiteten effektivt. Det vil ikke være mulig for foretakene å bli konkurransedyktig og effektiv, ettersom det blir utfordrende å planlegge fordi den samlede ventetiden vil bli påvirket av den uklare håndteringen av ventelisteavkaringen, og ordningen vil bidra til feil rapportering.

Helsehjelp som omfattes av fritt behandlervalg – begrensninger

Innføring av FBV vil gi pasienter flere valgmuligheter for hvor de kan motta helsehjelp. For å sikre pasienter faglig forsvarlig helsehjelp er det, etter OUS sin oppfatning, nødvendig å vurdere om enkelte pasientgrupper, bør falle utenfor ordningen. En pasientgruppe som bør holdes utenfor denne ordningen er for eksempel ambulante tjenester innen habiliteringstjenesten. Innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er det en betydelig andel som har behov for omfattende tjenester fra spesialisthelsetjenesten hvor det kreves en stor grad av tilstedeværelse i boligen til pasienten. Som pasient er det bortimot meningsløst å få en tjeneste innen habilitering utenfor eget sykehusområde siden samhandlingen mellom den utøvende tjenesten, og miljøet pasienten bor i er svært viktig for hele pasientforløpet. Dersom man ikke unntar denne delen av tjenesten er vår oppfatning at tjenesten faktisk vil bli dårligere for pasienten som ber om tilbudet, og ikke minst vil den generelt bli svekket for alle pasientene innen habilitering, da økt mobilitet av tjenesteyterne vil medføre mindre ressurser brukt til faktisk behandling (tjenesten vil bruke mer tid og kostnader til reise, og dermed mindre til behandling).

Forsvarlighetskravet omtales i kap. 5.8 i høringsnotatet. Lovbestemmelsen innebærer en presisering av at innholde i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den, samt understreker eieres og ledes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir.

Ingen avdelinger for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er dimensjonert for eller tilpasset til å gi omfattende tjenester til enkeltpersoner utenfor eget område. Ambulante tjenester som leveres krever høy grad av tilstedeværelse av spesialisthelsetjenestens fagfolk i boliger, og vil pga mangelfulle ressurser raskt kunne støte an mot forsvarlighetskrav og kvalitetssikring av tjenester.

Krav som kan stilles til leverandører i forskrift om fritt behandlingsvalg

Det understrekes at det er svært viktig at det stilles samme krav til en leverandør av FBV-tjenester som til den offentlige helsetjenesten. Herunder krav om utdanning av helsepersonell, registrering og rapportering av data, samhandling, kompetanse, rutiner og metoder. Avklaringer av faglig art kan med fordel gjøres av fagmiljøene gjennom RHFene. Det angis i høringsnotatet at Departementet ser for seg at Helsedirektoratet forvalter ordningen, og gis i oppgave å vurdere søknader. OUS mener det er svært viktig at fagmiljøene har en sentral rolle i vurderingen av søknader innen eget fagområdet. Det kan håndteres via RHFene.

Avslutning/oppsummering

Private leverandører er et verdifullt supplement og korrektiv til helseforetakene. Bruken av private kan utvides. OUS slutter seg til intensjonen om pasientens frie valg, økt tilgjengelighet, kortere ventetider og vern mot feilaktig prioritering. OUS vil heller anbefale at intensjonen med ordningen virkelig gjøres ved utvidet kjøp fra private leverandører.

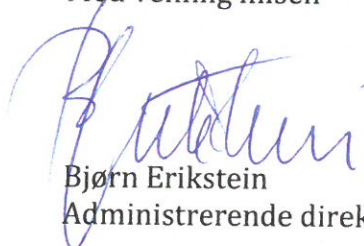
Offentlig – privat samarbeid har stadfestet seg som en god ordning med dagens føringer som er

gitt om RHFenes kjøp av tjenester fra de private. Kjøp fra private leverandører ved konkurranseutsetting og avtaleinngåelse anses som gode virkemidler for å sikre prioritering, kvalitet, omfang og pris. OUS mener at formålet med FBV heller kan oppnås ved utvidet kjøp (utvidelse av dagens volumbegrensing) fra private leverandører.


OUS har gode erfaringer med bruk av private. Et eksempel på dette er samarbeidet med private i Oslo om utredning og behandling ved mistanke om brystkreft. Utgangspunktet var at utredning og behandling av brystkreftpasienter ved OUS ikke fulgte et standardisert forløp og at ventetidene på utredning var mange uker. Nå utredes alle i løpet av 1-2 uker - og raskere ved behov. Det ble inngått en avtale mellom offentlig og private aktører som sikrer at offentlig kapasitet utnyttes fullt ut, pasienten henvises til en av to private aktører (Unilab eller Aleris) når kapasitet overstiges, slik at man unngår lang ventetid. Disse pasientene blir rettighetsvurdert ved OUS slik at man sikrer at tilfeller der mistanke om kreft er størst, blir pasienten alltid vurdert av et tverrfaglig team med en gang. Vurdering hos private skal kun være aktuelt ved lav mistanke om ondartet sykdom.

Det vises forøvrig til vedlegg fra Klinikk psykisk helse og avhengighet for spesifikke vurderinger knyttet til pasientgruppene innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Med vennlig hilsen



Bjørn Erikstein
Administrerende direktør



Cathrine M. Lofthus
Viseadministrerende direktør dr. med.

Vedlegg: 1