

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200233

Dato: 29-06-2022

Høringsuttalelse - Avvikling av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg

Legeforeningen viser til høringsnotat med forslag til endringer i regelverket for å avvikle godkjenningsordningen i 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.

Legeforeningen gir betinget støtte til avviklingen av fritt behandlingsvalg (FBV) i sin nåværende form. Vi har innvendinger til den korte tidsrammen det er lagt opp til og er opptatt av at den offentlige helsetjenesten fortsatt må suppleres med, og ha samarbeid med, private tjenestetilbydere.

Den offentlige helsetjenesten er, og skal være, en bærebjelke i det samlede helsetilbudet til befolkningen. I tillegg til å ha ansvar for all pasientbehandling og ha beredskap for akutte hendelser til enhver tid, har også den offentlige helsetjenesten ansvar for utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Dette innebærer en annen type oppdrag enn private tilbydere som har avtale med RHF og aktører innen FBV har. Det er derfor avgjørende viktig å sikre god kvalitet i pasientbehandling og gode arbeidsforhold i den offentlige helsetjenesten. For å sikre en sterk offentlig helsetjeneste med høy kvalitet, som leger ønsker å jobbe i og som har tillit i befolkningen, må myndighetene også være villige til å investere i kompetanse, sikre forsvarlige arbeidstidsordninger, utforme bygg med areal nok til for å jobbe effektivt og ha nødvendig og oppdatert utstyr.

Legeforeningen er positiv til tiltak som kan føre til bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for befolkningen. Det er viktig å sikre en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste, og å unngå en todeling i helsetjenestetilbudet ved at tilgjengelighet blir avhengig av privat kjøpekraft og helseforsikringer. Samtidig vil det være nødvendig å benytte private aktører i en viss utrekning for å bidra til en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste. Legeforeningen mener at et visst innslag av private aktører i spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet for befolkningen. Utvikling av rammevilkår der man kombinerer offentlig og privat helsetjeneste, og samtidig unngår uønskede vridningseffekter er krevende å oppnå.

FBV har vist seg å ha noen slike uønskede vridningseffekter. Legeforeningen vil særlig trekke frem at det innen enkelte fagområder har ført til vanskeligheter med å planlegge og utvikle driften ved helseforetakene. Mange sykehus og mange spesialiteter har problemer med å rekruttere de spesialistene de trenger. Det er grunn til å tro at ordningen med fritt behandlingsvalg til en viss grad bidrar til å forsterke dette. Ordningen har ført til en oppbygging av tilbud i befolkningstette områder, noe som bidrar til geografisk ulikhet i helsetilbud. Vi vil også trekke frem at det ser ut til at

ordningen benyttes mest av den ressurssterke delen av befolkningen. Det er viktig å sikre at helsetjenester utvikles basert på befolkningens behov. Legeforeningen vil her vise til "The inverse care law"¹ formulert av Julian Tudor Heart i 1971:

The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

Legeforeningen vil trekke frem at det ved en avvikling av FBV bør vurderes å øke antall avtalehjemler. Avtalespesialistene er som kjent en offentlig, desentralisert del av spesialisthelsetjenesten som kan erstatte noen av leverandørene innenfor fritt behandlingsvalg.

Legeforeningen registrerer at departementets argumentasjon for avviklingen av ordningen knytter seg til at ordningen ikke har hatt den ønskede effekten. Legeforeningen vil påpeke at det er store usikkerhetsmomenter knyttet til hvilken effekt ordningen har hatt og ville kunne få dersom den hadde blitt videreutviklet i stedet for avviklet. Det er også uklart hvilken effekt avviklingen av ordningen vil ha. Man må være sikker på at man ikke avvikler denne ordningen uten samtidig å sikre tjenestetilbud som ivaretar pasientenes rett til nødvendig helsehjelp. Flere av våre fagmiljø viser til positive sider ved ordningen som kunne vært ivaretatt gjennom en justert videreføring av elementer. Som eksempel påpeker Norsk Cardiologisk Selskap (NCS) seg om potensielle konsekvenser de foreslåtte endringene vil kunne få for pasienter med kardiovaskulære diagnoser, i hovedsak somatiske polikliniske undersøkelser. De er usikre på om konklusjonen i evalueringen (ingen reduksjon i ventelister, ingen økt effektivitet i sykehus) også gjelder undergruppen polikliniske undersøkelser av hjertepasienter. NCS har erfart at FBV, særlig i Helse Sør-Øst har gjort at hjertepasienter kunne tilbys undersøkelser med kort ventetid (1-4 uker) og dermed rask avklaring av potensielt alvorlig sykdom. Pasienter har også vært meget tilfredse med selv å kunne velge behandlingssted. Samtidig påpeker NCS at man i andre helseregioner flere steder har lang reisevei for enkel utredning /undersøkelse, noe som har gjort ordningen meningsløs der.

Legeforeningen vil derfor bemerke at tidsperspektivet som legges til grunn fremstår urealistisk og at det gir bekymring for om pasientene vil få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. Innen enkelte fagområder i enkelte regionale helseforetak (RHF) er bruken av ordningen av et slikt omfang at det er grunn til bekymring for om man rekker å organisere et godt nok tilbud i offentlig regi innen utgangen av året. Det er særlig grunn til å trekke frem rus og psykiatri, der Legeforeningen er bekymret for om RHF-ene vil rekke å få på plass et tilbud til sine pasienter. Årsakene til manglende tilbud i offentlig regi er sammensatt og dreier seg blant annet om mangel på spesialister, lokaler og ressurser forøvrig. Det er vanskelig å se hvordan dette skal kunne løses på så kort tid. Det er også grunn til å nevne at ordningen har bidratt til større utvalg i behandlingsmetoder for disse pasientgruppene, noe det vil være synd å miste.

¹ [The inverse care law - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

Legeforeningen vil også påpeke at en så rask avslutning av ordningen må anses å ha store konsekvenser for de enkelte bedriftene som arbeider innenfor ordningen. Legeforeningen mener departementet undervurderer konsekvensene for disse virksomhetene. I høringsnotatet fremstår det som at man antar det er få som har innrettet virksomheten sin etter ordningen. Det legges til grunn at det at man hadde godkjenning i ordningen ikke innebar at man kunne forvente å få pasienter og på den måten tjene penger på dette. Legeforeningen vil innvende at en rekke virksomheter har innrettet sin praksis slik at den er egnet til å ta imot pasienter i ordningen. Det er investert både i lokaler, utstyr og hjelpepersonell. Legeforening mener virksomhetene må gis tid til å omstille seg. Ordningen innebærer godkjenning for fem år. Etter Legeforeningens mening bør det vurderes om virksomhetene kan få delta i ordningen ut den godkjenningsperioden de er gitt og som allerede løper. Også for henvisende helsepersonell, som for eksempel fastleger, er det viktig at det ikke skjer for brå endringer i tjenestetilbud.

Legeforeningen vil bemerke at begrepet "fritt behandlingsvalg" er egnet til å forvirre, og vi støtter forslaget om å endre dette til "retten til å velge behandlingssted".

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør

Saksbehandler: Ida Øygard Haavardsholm, Spesialrådgiver/jurist

Dokumentet er godkjent elektronisk