



Innst. S. nr. 268

(2008–2009)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument nr. 8:54 (2008–2009)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli om raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten

Til Stortinget

SAMMENDRAG

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å

1. Instruere de regionale helseforetakene om å utnytte ledig kapasitet hos private aktører som kan tilby kvalitativt gode helsetjenester, for å redusere helsekøen og ventetiden for nødvendig helsehjelp.
2. Etablere ordninger som sikrer at pasientene får en uavhengig vurdering av behov for helsehjelp og at fristen for behandling settes på medisinsk-faglig grunnlag.
3. Etablere uavhengige bestillerorgan for spesialisthelsetjenester som sikrer objektive vurderinger av hvorvidt helsetjenester skal utføres av private eller offentlige aktører, på bakgrunn av tjenestenes kvalitet og pris.
4. Legge til rette for at private aktører kan få konkurrere med offentlige virksomheter om å få utføre flere oppgaver på vegne av den offentlige helsetjenesten, både innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning.
5. Avvikle krav om avtaler med regionale helseforetak som forutsetning for å utløse trygderefusjon. Det må etableres en ny ordning som sikrer

bedre utnyttelse av ledig kapasitet hos avtalespesialister og andre private aktører samt god prioritering og ressursbruk.

6. Snarest mulig utvikle et informasjonstilbud med oversikt over ledig kapasitet i private helsevirksomheter, slik at pasientene lettere kan orientere seg om ulike tilbud.
7. Fremlegge forslag om et henvisningssystem som ikke avhenger av personlige søknader til den enkelte private helsevirksomhet.
8. Fremme forslag om ordninger for henvisning, kvalitetssikring og tilsyn som erstatter dagens krav om avtaler med regionale helseforetak for private avtalespesialister og andre private helsevirksomheter, for at disse skal kunne tilby offentlig finansierte helsetjenester."

Forslagsstillerne understreker innledningsvis at den offentlige helsetjenesten må sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp av god kvalitet når de har behov for det. Forslagsstillerne viser til at mens antallet på venteliste til sykehusbehandling og gjennomsnittlig ventetid sank fra 2001 til 2005, har antallet ventende og gjennomsnittlig ventetid økt fra 2006 til 2008.

Forslagsstillerne mener at økt kjøp av nødvendige helsetjenester fra private aktører har vært vesentlig for å redusere antallet på venteliste og ventetidene, og at kostnadene for kjøp av private helsetjenester i mange tilfeller er lavere enn kostnadene for tilsvarende tjenester som utføres i offentlig regi.

Den negative utviklingen med økte behandlingssøker og økt ventetid skyldes etter forslagsstillerens syn Regjeringens politikk for å redusere bruk av private aktører i helsetjenesten. Etter deres syn fører dette til en klassesdelt helsetjeneste der bare pasienter med god økonomi kan benytte private helsetilbud med ledig kapasitet. Forslagsstillerne mener at de

regionale helseforetakene må pålegges å utnytte ledig kapasitet i private helsetilbud for å redusere behandlingsskøene og sikre at pasientene får raskere behandling.

Det framholdes at de private avtalespesialistene er en viktig del av spesialisthelsetjenesten som bidrar til å utjevne forskjeller i de offentlige helsetjenestene og skape et mer likeverdig helsetilbud til befolkningen i hele landet. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å bedre rammebetingelsene for avtalespesialister med flere hjemler og bedre tilrettelegging for utdanningsstillinger i avtalepraksis, og at dagens krav om avtaler med regionale helseforetak som vilkår for å utløse trygdefusjon bør erstattes med ordninger som sikrer mer effektiv utnyttelse av ledig kapasitet i den private helsetjenesten.

Det understrekes at det bør være et større mangfold av helsetilbud innenfor rammen av den offentlig finansierte helsetjenesten, og at det i vurderingen av om helsetjenester skal utføres av private eller offentlige aktører, må gjøres uavhengige vurderinger av hvilke tilbud som gir best kvalitet og kostnadseffektivitet. Forslagsstillerne mener at de regionale helseforetakenes dobbeltrolle som eier og bestiller av helsetjenester forhindrer slike uavhengige vurderinger, og at det er nødvendig å skille rollene som eier og bestiller i spesialisthelsetjenesten.

Etter forslagsstillerens syn bør de private aktørene ha mer forutsigbare rammevilkår, og rammeavtalene for spesialisthelsetjenestens kjøp av private helsetjenester bør som hovedregel være av fem års varighet.

Endelig mener forslagsstillerne at det er nødvendig å etablere nye ordninger som sikrer mer uavhengige vurderinger av pasientenes behov for behandling og fristen for slik behandling.

KOMITEENS MERKNADER

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Dag Ole Teigen og Mari Helén Varøy, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, fra Senterpartiet, Trygve Slagsvold Vedum, og fra Venstre, Gunvald Ludvigsen, vil understreke at det er den offentlige helsetjenesten som er grunnlaget for helsetjenester som gis i Norge. Flertallet påpeker at målet er at alle skal motta god helsehjelp der de er, når de har behov for det.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet merker seg at det har vært en reell

vekst i pasientbehandlingen som omfattes av ISF-ordningen på 2,2 prosent fra 2002 til 2007 og en anslått økning på 2 prosent i 2008. Videre viser disse medlemmer til at Regjeringen for inneværende år har lagt til rette for en ytterligere pasientvekst på 1,5 prosent.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er enig i at de private avtalespesialistene er en viktig del av spesialisthelsetjenesten, og at god tilgjengelighet til disse vil bidra til å utjevne helseforskjeller og gi et likeverdig helsetilbud over hele landet. Private sykehus er et viktig supplement til de offentlige sykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser også til den bevisste politikken Regjeringen har ført når det gjelder å differensiere mellom private ideelle og private kommersielle aktører innen spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer vil også påpeke "sørge for ansvaret" de regionale helseforetak har.

Disse medlemmer viser til vedlagte svarbrev av 22. april 2009 fra statsråd Bjarne Håkon Hanssen der de ulike forslag blir belyst. Disse medlemmer har ingen merknader utover dette og foreslår at forslaget ikke bifalles.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Kristelig Folkeparti og fra Venstre, mener at det skal være et offentlig ansvar å sørge for gode helsetjenester til alle. Private aktører bør imidlertid få mulighet for å utføre helsetjenester på oppdrag fra det offentlige, for å motvirke et offentlig monopol på tjenestesisiden. Slik flertallet ser det, er de private tilbudene et viktig korrektiv til den offentlige helsetjenesten som bidrar til bedre ressursbruk, kvalitetsutvikling og større valgfrihet for pasientene. Det vises til undersøkelser som refereres i forslaget, der det fremgår at kjøp av helsetjenester fra private økte betydelig under Samarbeidsregjeringen, mens Regjeringen Stoltenberg har redusert kjøp av tjenester fra private aktører.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre konstaterer at Samarbeidsregjeringens helsepolitikk førte til betydelig reduksjon i ventetid og helsekøer, mens Regjeringen Stoltenbergs helsepolitikk har ført til betydelig økte helsekøer og økt ventetid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at kjøp av helseforsikringer har økt med 130 prosent i perioden 2006–2008, i tillegg til at det er en betydelig økning i privat finansiering av nødvendig behandling. Dette viser at Regjeringen Stoltenbergs politikk fører til en privatisering av helsetjenesten. Slik disse medlemmer ser det, bør langt flere pasienter få mulighet for rask og god behandling ved private klinikker for statens regning.

Disse medlemmer viser til at private aktører driver flere pasienthotell som bidrar til et bedre tilbud til pasientene gjennom mulighet for enerom, mindre fare for infeksjoner og samtidig god tilgjengelighet til medisinsk behandling. Bruk av pasienthotell som alternativ til sengeposter frigjør ressurser som kan brukes til et bedre behandlingstilbud for pasientene. Slik disse medlemmer ser det, bør private aktører få mulighet til å utføre flere tjenester på vegne av det offentlige når dette kan bidra til et bedre tilbud til pasientene og samtidig frigjøre ressurser som kan styrke behandlingstilbudet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til rapporten "Ventetider og pasientrettigheter 2008" fra Helsedirektoratet, som viser store variasjoner i tilgjengeligheten til helsetjenester og praktisering av pasientrettighetene ved ulike helseforetak. Det fremgår eksempelvis av rapporten at andelen brudd på vurderingsgarantien innenfor psykisk helsevern for barn og unge varierte fra 0 til 100 prosent mellom ulike helseforetak i tredje tertial 2008. Det er like stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder tildeling av rett til behandling for pasienter som søker psykisk helsevern. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis alle pasienter rett til nødvendig helsehjelp i enkelte helseforetak, mens bare 38 prosent får en slik rett ved andre helseforetak. Det vises videre til pressemeldingen fra Riksrevisjonen om Dokument nr. 8:3 (2007–2008) om det psykiske helsevernet, der det heter:

"Helseforetakene praktiserer prioriteringsforskriften svært ulikt. Opplagte rettspasienter får avslag, medan pasienter som burde fått avslag, blir tatt inn. Det er ingen sammenheng korskje mellom diagnose og prioritering av pasienten, eller mellom diagnose og frist for behandling" og videre heter det i rapporten at "Også fastsetjinga av fristar for når behandlinga seinast skal givast, synest meir prega av kapasitetsomsyn enn av omsynet til pasientane."

Flertallet mener at denne uttalelsen står i klar motstrid til helse- og omsorgsministerens uttalelse i brev av 22. april 2009 til helse- og omsorgskomiteen om foreliggende sak, der det heter:

"Det er ikke grunnlag for å hevde at pasientene ikke får en frist for behandling som er gitt utfra en ansvarlig medisinsk-faglig vurdering."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at rapportene både fra Riksrevisjonen og Helsedirektoratet viser at det er omfattende brudd på pasientrettighetene og betydelige rettssikkerhetsproblemer for pasientene. Disse medlemmer mener at hovedproblemet er at helseforetakene både skal vurdere pasientens behov for hjelp og fristen for behandling, samtidig som de har ansvar for å innfri denne rettigheten. Slik disse medlemmer ser det, er det derfor det er nødvendig å innføre ordninger som sikrer mer uavhengige vurderinger av pasientenes rett til helsehjelp og fristen for slik behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å:

1. instruere de regionale helseforetakene om å utnytte ledig kapasitet hos private aktører som kan tilby kvalitativt gode helsetjenester, for å redusere helsekøen og ventetiden for nødvendig helsehjelp,
2. etablere ordninger som sikrer at pasientene får en uavhengig vurdering av behov for helsehjelp og at fristen for behandling settes på medisinsk-faglig grunnlag,
3. snarest mulig utvikle et informasjonstilbud med oversikt over ledig kapasitet i private helsevirksomheter, slik at pasientene lettere kan orientere seg om ulike tilbud,
4. fremlegge forslag om et henvisningssystem som ikke avhenger av personlige søknader til den enkelte private helsevirksomhet."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å

1. etablere uavhengige bestillerorgan for spesialisthelsetjenester som sikrer objektive vurderinger av hvorvidt helsetjenester skal utføres av private eller offentlige aktører, på bakgrunn av tjenestenes kvalitet og pris,
2. legge til rette for at private aktører kan få konkurrere med offentlige virksomheter om å få utføre flere oppgaver på vegne av den offentlige helsetjenesten, både innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning,

3. avvikle krav om avtaler med regionale helseforetak som forutsetning for å utløse trygdefusjon, og etablere en ny ordning som sikrer bedre utnyttelse av ledig kapasitet hos avtalespesialister og andre private aktører samt god prioritering og ressursbruk,
4. fremme forslag om ordninger for henvisning, kvalitetssikring og tilsyn som erstatter dagens krav om avtaler med regionale helseforetak for private avtalespesialister og andre private helsevirksomheter, for at disse skal kunne tilby offentlig finansierte helsetjenester."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre mener forslagene for å sikre raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten berører en rekke områder der det er behov for justeringer i dagens helsetjenester. Det er viktig å utnytte ledig kapasitet hos private og ideelle helseaktører for å hindre lidelse for pasienter som står i kø for behandling. Det er avgjørende at pasientrettighetene oppfylles. Helsetjenestene må organiseres slik at begge disse hensyn ivaretas. Like fullt handler det om politisk vilje til å benytte private og ideelle helseaktører i tillegg til de aktiviteter som offentlige helsetjenester tilbyr. Regjeringen Stoltenberg II synes å mangle en slik politisk vilje.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter forslagsstillernes ønske om å kunne tilby raskere helsehjelp og ikke minst større valgfrihet i helsetjenesten. Til tross for at det er veldig mye bra som skjer innen det norske helsevesenet, er det ikke til å komme bort fra at det også er mye som kan gjøres for at det norske helsevesenet kan bli enda bedre slik at en kan tilby raskere helsehjelp. Dette vil i neste omgang kunne medføre reduserte utbetalinger til sykepengen, færre fraværsdager i arbeidslivet, færre innleggelse i sykehus som følge av at en kan få behandling før lidelsen utvikler seg ytterligere i negativ retning, færre personer på uføretrygd og ikke minst flere som kan slippe unødige smerter og problemer.

Disse medlemmer mener at forslagsstillerne i representantforslaget fremmer flere forslag som vil kunne medføre en bedre og mer effektiv utnyttelse av helsetjenestene som er i tråd med en rekke forslag som Fremskrittspartiet har fremmet tidligere; dette være seg økt konkurranse mellom det offentlige og private aktører innen helsetjenesten, økt bruk av avtalespesialistene, utvikling av kravet om avtale med de regionale helseforetakene som forutsetning for å utløse trygdefusjon etc. Det er viktig, slik disse medlemmer ser det, at en legger de ideologiske kjepphestene til side slik at en kan få utnyttet

alle gode krefter i helsetjenestene slik at flest mulig av de titusener som i dag står på venteliste i påvente av ledig behandlingsskapasitet i det offentlige helsevesenet, kan motta dette hos institusjoner som både har ledig kapasitet og som ønsker å bidra med sine tjenester for det offentliges regning.

Disse medlemmer vil påpeke at avtalespesialistene er en del av den offentlige helsetjenesten som vil kunne bidra betydelig mer enn de gjør i dag dersom de får muligheten til dette. Skal en få dette til, er ett av tiltakene som kan iverksettes, og som vil kunne få umiddelbar effekt, å innlemme avtalespesialistene i ordningen "Fritt sykehusvalg".

Disse medlemmer vil videre påpeke viktigheten av at en utnytter den ledige kapasiteten som finnes også i det private helsevesenet, slik at en kan få til en reduksjon i de altfor store behandlingsskøene i helsevesenet. Det er dessverre et faktum at den politikk som i dag føres, der en har som målsetting å redusere bruken av private aktører, medfører at både køene og ventetidene nå øker. Dette medfører at de som har lave eller midlere inntekter, nå blir stående unødvendig lenge i kø, mens de som har god råd vil kunne fortsette å kjøpe seg plass foran i køen. Disse medlemmer mener dette skaper et unødig stort skille mellom de ulike inntektsgruppene etter hvorvidt de har muligheten til å kunne gjøre seg nytte av de private aktørene med ledig kapasitet, eller ikke. Disse medlemmer mener denne forskjellen må reduseres ved at de regionale helseforetakene pålegges å utnytte den ledige kapasiteten hos de private slik at alle, uavhengig av inntekt og formue, kan gjøre seg nytte av disse tilbudene.

Disse medlemmer mener at det er helt åpenbart at også de private aktørene har behov for mer forutsigbarhet og en lengre tidshorison hva gjelder avtalenes innhold. Det er åpenbart viktig å kunne ha lengre avtaleperioder enn det som er tilfelle i dag, for å kunne ha sikkerhet for de investeringer som må foretas. Disse medlemmer støtter forslagsstillerne i at avtalenes varighet minimum bør være fem år. Disse medlemmer er også enig i at det må legges til rette for en større valgfrihet også innenfor helsetjenesten. Valgfrihet er en verdi i seg selv som ofte gjør at tilfredsheten med helsetjenesten bare gjennom dette tiltaket kan forventes å øke. Dette viser blant annet flere brukerundersøkelser vedrørende det frie brukervalget i Oslo.

Disse medlemmer vil vise til at Fremskrittspartiet ønsker å overføre hele finansieringssystemet for helse- og omsorgssektoren til staten. Dette gjelder også det som i dag finansieres over kommunebudsjettene. Dette vil etter disse medlemmers mening medføre at en vil kunne få en best mulig ressursutnyttelse innen helse- og omsorgssektoren totalt sett. Dette er noe Fremskrittspartiet har tatt til orde

for en rekke ganger. Kommunene skal selvfølgelig fortsatt ha et sørge-for-ansvar som sikrer at det forefinnes et tilbud om helsetjenester i alle kommuner.

Disse medlemmer vil støtte de forslag som fremmes i dokumentet, men vil i tillegg fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen innlemme avtalespesialistene i ordningen med fritt sykehusvalg innen 1. juli 2009."

FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Dokument nr. 8:54 (2008–2009) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli om raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten – bifalles ikke.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen om å

1. etablere uavhengige bestillerorgan for spesialisthelsetjenester som sikrer objektive vurderinger av hvorvidt helsetjenester skal utføres av private eller offentlige aktører, på bakgrunn av tjenestenes kvalitet og pris,
2. legge til rette for at private aktører kan få konkurrere med offentlige virksomheter om å få utføre flere oppgaver på vegne av den offentlige helse-tjenesten, både innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning,
3. avvikle krav om avtaler med regionale helseforetak som forutsetning for å utløse trygderefusjon, og etablere en ny ordning som sikrer bedre utnyttelse av ledig kapasitet hos avtalespesialister og

andre private aktører samt god prioritering og ressursbruk,

4. fremme forslag om ordninger for henvisning, kvalitetssikring og tilsyn som erstatter dagens krav om avtaler med regionale helseforetak for private avtalespesialister og andre private helsevirksomheter, for at disse skal kunne tilby offentlig finansierte helsetjenester.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen innlemme avtalespesialistene i ordningen med fritt sykehusvalg innen 1. juli 2009.

KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding fremmes av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre slikt

v e d t a k :

Stortinget ber Regjeringen om å:

1. instruere de regionale helseforetakene om å utnytte ledig kapasitet hos private aktører som kan tilby kvalitativt gode helsetjenester, for å redusere helsekøen og ventetiden for nødvendig helsehjelp,
2. etablere ordninger som sikrer at pasientene får en uavhengig vurdering av behov for helsehjelp og at fristen for behandling settes på medisinskfaglig grunnlag,
3. snarest mulig utvikle et informasjonstilbud med oversikt over ledig kapasitet i private helsevirksomheter, slik at pasientene lettere kan orientere seg om ulike tilbud,
4. fremlegge forslag om et henvisningssystem som ikke avhenger av personlige søknader til den enkelte private helsevirksomhet.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 28. mai 2009

Harald T. Nesvik

leder

Sonja Mandt-BartholSEN

ordfører

Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 22. april 2009

Raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten - Dokument nr 8:54 (2008 - 2009) - Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg Inge Lønning og Sonja Sjøli

Jeg viser til brev av 31.mars 2009 der Helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til åtte forslag til tiltak for å sikre raskere helsehjelp og større valgfrihet i helsetjenesten.

Regjeringens overordnede mål for helsetjenesten er at alle skal få god helsehjelp når de har behov for det. I gjennomsnitt har det vært en årlig reell vekst i pasientbehandlingen som omfattes av ISF på 2,2 prosent fra 2002 til 2007. For 2008 er det anslått en aktivitetsvekst innenfor ISF på 2 prosent. Regjeringen har i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2009 lagt til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 prosent. Denne veksten kan fordele seg ulikt innenfor de ulike behandlingsområdene.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at ventetidene til behandling innen spesialisthelsetjenesten har variert i årene fra 2002 til 2008. Fra 2002 til 2004 ble ventetidene redusert fra 88 dager til 71 dager, noe Norsk pasientregister forklarer med at det i perioden var en aktivitetsøkning og at det ble foretatt en rydding av ventelistene. I årene fra 2004 til 2008 har den gjennomsnittlige ventetiden til behandling variert mellom 70 til 73 dager i spesialisthelsetjenesten.

1.september 2008 ble det innført en ny ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske eller rusrelaterte lidelser. Garantien innebærer at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal vente mer enn 65 virkedager på behandling, og at alle skal ha rett til vurdering innen 10 virkedager. Tall fra Norsk pasientregister viser at totalt fikk 90 prosent av pasientene med psykiske eller rusrelaterte lidelser (under 23 år) vurdert henvisningen innen 10 virkedager i 3.tertial 2008.

Den gjennomsnittlige ventetiden til behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling økte imidlertid fra 70 til 73 dager fra 2007 til 2008. Dette er jeg ikke tilfreds med og jeg har derfor gjennom oppdragsdokumentet for 2009 stilt styringskrav til de regionale helseforetakene om at ventetidene innen den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen skal reduseres. Det samme styringskravet er stilt innen psykisk helsevern for barn og unge, og psykisk helsevern for voksne.

Forslag 1: Stortinget ber Regjeringen instruere de regionale helseforetakene om å utnytte ledig kapasitet hos private aktører som kan tilby kvalitativt gode helsetjenester, for å redusere helsekoen og ventetiden for nødvendig helsehjelp.

Det er et mål for Regjeringen at den offentlige helsetjenesten skal være av høy kvalitet og dekke alle viktige tjenestetilbud slik at folk kan få lik tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor og hva de har av inntekt. De regionale helseforetakene har et "sørge for"-ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester – det såkalte "sørge for"-ansvaret. De private sykehusene utgjør et viktig supplement til de offentlige sykehusene og i helseforetakslovens bestemmelse om at de regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester, ligger det ikke pålegg om at tjenestene skal ytes av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Denne Regjeringen har imidlertid ført en bevisst politikk med å differensiere noe mer mellom private ideelle og private kommersielle aktører innenfor spesialisthelsetjenesten.

Som nedfelt i Soria Moria - erklæringen ønsker Regjeringen å ha et forpliktende og langvarig samarbeid med sykehus og institusjoner som er eid og drevet av private, ideelle organisasjoner. De skal sikres gode og stabile rammevilkår gjennom avtaler med det offentlige.

Forslag 2: Stortinget ber Regjeringen om å etablere ordninger som sikrer at pasientene får en uavhengig vurdering av behov for helsehjelp og at fristen for behandling settes på medisinsk-faglig grunnlag.

Pasientrettighetslovens § 2-2 fastsetter at når en pasient er henvist til sykehus, spesialistpoliklinikk, eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk har pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Vurderingen som skal gis innen denne fristen skal omfatte en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten, og det skal gis informasjon om når behandlingen forventes å gis. Dersom pasienten ikke er tilfreds med vurderingen har pasienten mulighet til å klage til Helsetilsynet. Pasienter som ikke faller inn under ordningen for rettighetspasienter må regne med å vente noe lenger på behandling.

Dersom det regionale helseforetaket ikke sørger for at en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunkt som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor Norge.

Det er ikke grunnlag for å hevde at pasientene ikke får en frist for behandling som er gått ut fra en ansvarlig medisinsk- faglig vurdering. Jeg kan ikke se at det for øyeblikket er behov for å gjøre endringer i pasientrettighetsloven på dette området.

Forslag 3: Stortinget ber Regjeringen om å etablere uavhengige bestillerorgan for spesialisthelsetjenester som sikrer objektive vurderinger av hvorvidt helsetjenester skal utføres av private eller offentlige aktører, på bakgrunn av tjenestenes kvalitet og pris.

I henhold til helseforetaksmodellen har de regionale helseforetakene oppgaver som er av overordnet karakter – de kan ikke selv levere spesialisthelsetjenester. De ivaretar sitt "sørge for"- ansvar ved å eie helseforetak og inngå avtaler med private tjenesteytere. De regionale helseforetakene både bestiller tjenester og eier virksomhetene som produserer helsetjenestene. Systemet er basert på at private tjenesteytere må ha avtale med det offentlige for at de skal kunne utløse refusjon. Det legges vekt på at anbudsregelverket skal følges.

I en ren bestiller-utfører- modell hadde det vært nødvendig å skille mellom de som sørger for helsetjenestene og de som produserer tjenestene. Regjeringen mener at en bestiller-utfører-modell ikke er egnet for å kunne håndtere framtidens utfordringer innenfor helsevesenet og ønsker å legge til rette for en dreining av ressursbruken mot primærhelsetjenesten, tidlig intervensjon og mot forebyggende arbeid gjennom samhandlingsreformen. Regjeringen vil komme nærmere tilbake til dette i den kommende stortingsmeldingen om samhandlingsreformen.

Forslag 4: Stortinget ber Regjeringen om å legge til rette for at private aktører kan konkurrere med offentlige virksomheter om å utføre flere oppgaver på vegne av den offentlige helsetjenesten, både innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning, samt eieransvaret for underliggende helseforetak. I tillegg til pasientbehandlingen, har de regionale helseforetakene ansvaret for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

I helseforetakslovens bestemmelser om at de regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester, ligger det ikke et pålegg om at tjenestene skal ytes av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Regjeringen mener det offentlige skal utgjøre grunnpilaren i det norske helsevesenet, men private aktører utgjør et viktig supplement til det offentlige tilbudet. Som nedfelt i Soria Moria - erklæringen ønsker Regjeringen at bruken av private kommersielle sykehus skal begrenses, og det er da naturlig at de regionale helseforetakene foretar kritiske vurderinger ift behovssituasjon og behovsdekning opp mot omfanget av avtaler med private kommersielle leverandører.

Forslag 5: Stortinget ber Regjeringen om å avvikle krav om avtaler med regionale helseforetak som forutsetning for å utløse trygdefusjon. Det må etableres en ny ordning som sikrer bedre utnyttelse av ledig kapasitet hos avtalespesialister og andre private aktører samt god prioritering og ressursbruk.

Som nevnt under punkt 3 er det en forutsetning at alle private aktører har avtaler med det offentlige for å utløse refusjon.

Avtalespesialistene er en viktig del av de regionale helseforetakenes "sørge for" – ansvar. Regjeringen mener at en god prioritering og ressursbruk best sikres ved at avtalespesialister inngår avtaler med de regionale helseforetakene. Departementet vil om kort tid sende på høring et forslag om nye rammebetingelser for avtalespesialistene. Det blir gitt en kort beskrivelse av dette forslaget i besvarelsen under spørsmål 8.

Forslag 6: Stortinget ber Regjeringen om å snarest mulig utvikle et informasjonstilbud over ledig kapasitet i private helsevirksomheter, slik at pasientene lettere kan orientere seg om ulike tilbud.

Fritt sykehusvalg er et instrument for å sikre tilgang til behandling for pasienter og en best mulig utnyttelse av kapasiteten ved sykehusene. Private sykehus som har avtale med regionale helseforetak og som inngår i fritt sykehusvalg, er en del av det samme informasjonstilbudet som brukes for offentlige sykehus. Det er etablert en nasjonal informasjonstjeneste og pasienter kan henvende seg til dit per telefon eller internett. Henvendelsene blir betjent av pasientrådgiverne i de regionale helseforetakene. Tjenesten gir informasjon om offentlige sykehus, samt private sykehus som har avtale med de regionale helseforetakene, forventede ventetider og kvalitetsindikatorer.

For andre private tjenestetilbydere finnes det ingen felles informasjonstjeneste. Jeg vil imidlertid trekke fram at et stort antall privatpraktiserende spe-

sialister har avtale med regionale helseforetak og på nettsidene til enkelte regionale helseforetak er det publisert en oversikt over hvilke spesialister helseforetaket har avtaler med.

Forslag 7: Stortinget ber Regjeringen om å fremlegge forslag om et henvisningssystem som ikke avhenger av personlige søknader til den enkelte private helsevirksomhet.

Undersøkelse og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten skjer i all hovedsak etter henvisning fra pasientens fastlege, med mindre det er behov for øyeblikkelig hjelp. Fastlegen henviser til enten den offentlige spesialisthelsetjenesten eller direkte til private tjenestetilbydere, forutsatt at de har avtale med det regionale helseforetaket, for eksempel private sykehus eller privatpraktiserende spesialister. Det er ikke slik det legges fram i forslaget at det må fremsettes personlige søknader fra pasienter til den enkelte helsevirksomhet for å få undersøkelse og/eller behandling hos private tjenestetilbydere.

I oppdragsdokumentet 2009 blir det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Kravet gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister.

Forslag 8: Stortinget ber Regjeringen om å fremme forslag om ordninger for henvisning, kvalitets-sikring og tilsyn som erstatter dagens krav om avtaler med regionale helseforetak for private avtalespesialister og andre private helsevirksomheter, for at disse skal kunne tilby offentlig finansierte helsetjenester.

Gjeldende ordning for private sykehus og privatpraktiserende spesialister er at de må ha inngått avtale med et regionalt helseforetak for å kunne utløse refusjon eller kreve takster med hjemmel i folketrygdloven.

Systemet med driftsavtaler og driftstilskudd ble innført med kommunehelsetjenesteloven av 1984, men det var fremdeles anledning til å drive privat praksis på trygdens regning, uten driftsavtale, noe

som førte til en meget skjev geografisk fordeling av leger, fysioterapeuter og psykologer uten driftsavtale. Disse ble konsentrert i og rundt de store byene, spesielt Oslo. Bl.a. på grunnlag av denne skjevfordelingen ble refusjonsretten til leger, fysioterapeuter og spesialister i klinisk psykologi som ikke hadde avtale med kommune eller fylkeskommune avviklet fra 1993.

Selv om det fra 1993 ikke lenger ble etablert nye avtaleløse praksiser finansiert med trygderefusjon, fortsatte behandlingsomfanget fra de eksisterende praksisene å øke. Dette medførte at betydelige offentlige midler ble kanalisert til et helsetjenestetilbud uten planmessig innretning mot prioriterte pasientgrupper og god geografisk fordeling. Det ble videre vurdert at for mange sykehusleger og andre offentlig ansatte leger hadde en privatpraksis ved siden av sin faste stilling, samtidig som sykehusene og kommunene ikke fikk besatt de legestillingene som var opprettet. Situasjonen innebar også at mange pasienter måtte betale langt mer enn de fastsatte egenandelene. Fra 1998 ble derfor refusjonsretten til legespesialister og spesialister i klinisk psykologi som ikke hadde driftsavtale med fylkeskommune, avviklet i sin helhet. Noe av de frigjorte midlene ble øremerket opprettelsen av nye driftsavtaler i fylkeskommunene og medførte en sterk økning i antall driftsavtaleårsverk for private avtalespesialister.

Siden 1998 har det kun vært en mindre økning i avtalte årsverk. På denne bakgrunn ble det i Nasjonal helseplan (2007-2010) varslet at det ville settes i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks "sørge for"-ansvar og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister. Departementet vil i løpet av kort tid sende på høring et forslag til nye rammebetingelser for avtalespesialistene. Forslaget karakteriseres av at avtaleansvaret for de forskjellige avtalene samles hos regionale helseforetak. De etablerte takstsystemene for avtalespesialistene vil i utgangspunktet videreføres som finansieringssystem, sammen med ordningen med driftsavtaler. Regjeringen mener at en slik endring vil integrere avtalespesialistene i "sørge for"-ansvaret på en bedre måte enn i dag.