



STORTINGET

Innst. 226 S

(2017–2018)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:134 S (2017–2018)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland om å unngå rolleblanding i helsetjenesten

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen om senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2019 å fremlegge en oversikt over omfanget av potensiell rolleblanding både hos ansatte i den offentlige helsetjenesten og hos private aktører som enten har avtale med det offentlige eller en godkjent tilbyder gjennom fritt behandlingsvalg. Dette gjelder spesielt ansettelsesforhold, eierandel eller styreverv i konkurrerende virksomhet.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at avtaler mellom de offentlige, regionale helseforetakene og private tilbydere er utformet slik at det ikke finnes økonomisk incentiv for de private aktørene til å la fullt betalende pasienter gå foran offentlig finansierte pasienter. Som hovedregel bør avtaler inngås slik at den private aktøren i avtaleperioden fullt og helt prioriterer de offentlig finansierte pasientene. Ved godkjenning av tilbydere under fritt behandlingsvalg må samme føringer ligge til grunn.
3. Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bi-erverv som retter seg inn mot samme type

behandling, til de samme pasientene, som den avdelingen vedkommende er ansatt i i det offentlige, tilbyr. Samtidig bør det i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene legges til rette for at man utnytter arbeidskapasiteten ved offentlige sykehus bedre i de tilfellene der nøkkelpersonell ønsker å arbeide mer enn dagens organisering tillater.

4. Stortinget ber regjeringen utrede om offentlige og eventuelt private sykehus bør gi erstatning til pasienter som kjøper dyre, private helsetjenester som følge av manglende informasjon om muligheten for behandling gjennom offentlig finansierte ordninger.
5. Stortinget ber regjeringen innlede et samarbeid med forbrukermyndighetene for å utforme ordninger som sikrer pasientene god informasjon om muligheter, begrensninger og alternativer ved eventuelle egne kjøp av private helsetjenester, forsikringer og lignende.»

Forslagsstillerne er kjent med at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Forslagsstillerne er opptatt av en likeverdig helsetjeneste som tjener pasienten og som utnytter samfunnets ressurser på best mulig måte til pasientens beste. Å ha tydelige regler for bierverv og potensielle interessekonflikter for helsepersonell er en viktig del av dette. Forslagsstillerne er kjent med Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016. Der fremkommer det betydelige svakheter og uensartet praksis hva gjelder oppfølging av vedtaket om rapportering av bierverv.

Riksrevisjonen trekker frem at omfanget av bierverv kan forventes å øke framover. De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentene fra Hel-

se- og omsorgsdepartementet pålagt å øke bruken av private aktører som private sykehus, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutt. Samtidig ble det i 2015 innført fritt behandlingsvalg. Utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider kan også bidra til økt bruk av private aktører.

Forslagsstillerne støtter ikke «fritt behandlingsvalg», da de mener dette skaper økte forskjeller og mer byråkrati i den felles helsetjenesten. Etter innføring av «fritt behandlingsvalg», der ulike tilbydere av somatisk behandling samt behandling innenfor rus og psykiatri har fått fri etableringsrett, er det desto mer relevant å være oppmerksom på bierverv, noe gjennomgangen som Helse Sør-Øst har iverksatt, understreker. Pasienter kan nå selv velge tilbydere som er godkjent av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Disse tilbyderne er ikke underlagt øvrige prinsipper for prioriteringer, slik den øvrige helsetjenesten er.

Norsk helsepersonell har en høy etisk standard, og forslagsstillerne har tillit til at alle som arbeider i helsetjenesten, har pasientens beste som sitt primære mål. Av hensyn til forsvarlighet og legitimiteten til det norske helsetilbudet må det likevel være tydelige regler for å unngå habilitetskonflikter. Det vil også gi den enkelte ansatte vern mot mistanke om rolleblanding.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Astrid Nøklebye Heiberg, Erlend Larsen og Sveinung Stensland, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud og Sylvi Listhaug, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Olaug V. Bollestad, viser til representantforslaget om å unngå rolleblanding i helsetjenesten. Komiteen vil understreke at norsk helsevesen i dag har høy tillit i befolkningen. Komiteen er enig med forslagsstillerne i at denne tilliten er avhengig av at alle som arbeider i helsetjenesten, har pasientens beste som sitt primære mål. Derfor er det viktig å ha tydelige regler for å unngå habilitetskonflikter og rolleblanding. Komiteen merker seg at statsråden i brev til komiteen, datert 9. mars 2018, slår fast at mer bruk av private vil kreve en større årvåkenhet når det gjelder de ansattes bierverv og de prinsipielle hensyn dette berører.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at de ikke støtter fritt

behandlingsvalg, der private helseinstitusjoner som får godkjenning, kan tilby pasientbehandling betalt av det offentlige. Ordningen i fritt behandlingsvalg med privat pasientbehandling betalt av det offentlige, kommer i tillegg til at de regionale helseforetakene er pålagt økt kjøp av tjenester fra private, gjennom anbud. Disse medlemmer vil i stedet styrke de offentlige sykehusene. Disse medlemmer mener det er feil å bygge opp et privat helsevesen ved siden av det offentlige, som bemannes ved å la leger ved offentlige sykehus jobbe ekstra i privat sektor, med samme type pasienter.

Nasjonal oversikt over omfanget av potensiell rolleblanding

Komiteen viser til forslaget i representantforslaget om å be regjeringen fremlegge en oversikt over omfanget av potensiell rolleblanding både hos ansatte i den offentlige helsetjenesten og hos private aktører som enten har avtale med det offentlige eller en godkjent tilbyder gjennom fritt behandlingsvalg. Det gjelder spesielt ansettelsesforhold, eierandel eller styreverv i konkurrerende virksomhet. Komiteen vil understreke at det er svært viktig at helseforetakene sikrer åpenhet om ansattes bierverv, for å unngå at det kan reises spørsmål om personalets integritet, habilitet og avhengighet. Komiteen viser til Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016, der det framkommer tydelige svakheter ved rapportering av bierverv. Det er relativt mange på høyere ledernivåer som har bierverv (40 prosent), men underrapporteringen er stor.

Komiteen viser til at det har vært stilt krav om registrering og rapportering om bierverv i foretaksmøter med de regionale helseforetakene siden 2006, men at de regionale helseforetakene og helseforetakene har viet temaet liten oppmerksomhet. I foretaksmøtet med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetaket, og at det skulle rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding. Komiteen merker seg at alle RHF-ene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013, men ingen har rapportert om bierverv i påfølgende år eller etterspurt slik rapportering fra underliggende helseforetak, slik de ble bedt om. Ingen helseforetak har gjennomført egne kontroller for å avdekke underrapportering. Komiteen viser til at Riksrevisjonen mente det var kritikkverdige at helseforetakene ikke har sørget for større åpenhet om bierverv. Komiteen slutter seg til dette. Komiteen merker seg at de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2018 er bedt om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn og anbefalinger. Komiteen mener at rapportering om bierverv igjen må inn i årlige meldinger fra helseforetakene, slik det er presisert i oppdragsdoku-

mentet for 2013. Komiteen mener det i årlig melding må komme fram hvorvidt det kan være uheldige rolleblandinger og bierverv hos konkurrerende virksomhet som burde vært unngått. Komiteen viser til at Riksrevisjonen trekker fram at omfanget av bierverv kan forventes å øke framover, fordi de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentet er pålagt å øke bruken av private aktører, samtidig som det i 2015 ble innført fritt behandlingsvalg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Dokument 8:70 S (2013–2014) om å unngå rolleblanding i helsetjenesten, og mener at man kontinuerlig må være oppmerksom på denne problemstillingen. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2019 å fremlegge en oversikt over omfanget av potensiell rolleblanding både hos ansatte i den offentlige helsetjenesten og hos private aktører som enten har avtale med det offentlige eller en godkjent tilbyder gjennom fritt behandlingsvalg. Dette gjelder spesielt ansettelsesforhold, eierandel eller styreverv i konkurrerende virksomhet.»

Avtaler mellom de regionale helseforetakene og private tilbydere

Komiteen viser til forslaget i representantforslaget om å be regjeringen sørge for at avtaler mellom de offentlige, regionale helseforetakene og private tilbydere er utformet slik at det ikke finnes økonomiske incentiver for de private aktørene til å la fullt betalende pasienter gå foran offentlig finansierte pasienter. Komiteen slutter seg til dette. Komiteen registrerer at statsråden i brev til komiteen slår fast at private leverandører har ansvar for at deres private tilbud ikke er til fortrensel for offentlige tjenester som er omfattet av avtalen med de regionale helseforetakene. Leverandøren skal ikke på eget initiativ drive aktiv og direkte markedsføring av sitt private tilbud når de er i kontakt med pasienter som er henvist til leverandøren i henhold til avtale med det offentlige. Leverandør har også ansvar for at tilbud til privatforsikringsbetalende pasienter ikke kommer i konflikt med tjenester som er omfattet av avtalen. Komiteen viser til at forslagsstillerne mener at som hovedregel bør avtaler inngås slik at den private leverandøren i avtaleperioden fullt og helt prioriterer de offentlig finansierte pasientene. Komiteen støtter dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at avtaler mellom de offentlige, regionale helseforetakene og private tilbydere er utformet slik at det ikke finnes økonomisk incentiv for de private aktørene til å la fullt betalende pasienter gå foran offentlig finansierte pasienter. Som hovedregel bør avtaler inngås slik at den private aktøren i avtaleperioden fullt og helt prioriterer de offentlig finansierte pasientene. Ved godkjenning av tilbydere under fritt behandlingsvalg må samme føringer ligge til grunn.»

Forbud mot private bierverv rettet mot samme type pasienter og behandlingsopplegg

Komiteen viser til forslaget i representantforslaget om å be regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg mot samme type behandling – til de samme pasientene – som den avdelingen vedkommende er ansatt i i det offentlige, tilbyr. Samtidig må det legges til rette for å utnytte arbeidskapasiteten ved offentlige sykehus. Komiteen er enig i dette. Det vises til at helsepersonell har en lovfestet plikt til å melde fra til arbeidsgiver om bierverv. Bakgrunnen er at biervervet kan bli så omfattende at det kan gå ut over hovedstillingen, og at helsepersonell som følge av biervervet kan havne i interesse- og lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin. Komiteen merker seg at statsråden i sitt brev viser til at det er etablert retningslinjer og rapporteringsrutiner for medarbeidere i spesialisthelsetjenesten, der det fremkommer at medarbeidere ikke skal ta arbeid/oppdrag eller ha bierverv som er i strid med retningslinjene som er etablert, og at det er et ledelsesansvar å følge opp dette. Komiteen merker seg også at departementet har etablert en dialog med de regionale helseforetakene for å avklare et eventuelt behov for tydeliggjøring av helsepersonelloven og tilhørende bestemmelser. Komiteen viser til at bierverv kan vurderes å ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og at det samlede helsetilbudet til pasientene blir større. Samtidig kan bierverv ha negative konsekvenser, ved at de ansatte får stor total arbeidsbelastning og at helseforetakenes ressursutnytting blir mindre fleksibel. Sist, men ikke minst, kan det føre til at det stilles spørsmål ved de ansattes habilitet og uavhengighet. Komiteen vil understreke at mange bierverv kan være både nødvendige og uproblematisk, slik som deltakelse i forskning, undervisning m.m. Det som er problematisk, er når helsepersonell i det offentlige også jobber privat i konkurrerende virksomhet, med det samme pasienttilbudet. Komiteen mener det er svært viktig for helsevesenets tillit at helsepersonell oppfattes som uavhengige og habile.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling, til de samme pasientene, som den avdelingen vedkommende er ansatt i i det offentlige, tilbyr. Samtidig bør det i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene legges til rette for at man utnytter arbeidskapasiteten ved offentlige sykehus bedre i de tilfellene der nøkkelpersonell ønsker å arbeide mer enn dagens organisering tillater.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har bierverv i privat praksis som retter seg inn mot samme fagområde.»

Informasjonsplikt

Komiteen viser til forslaget i representantforslaget om å be regjeringen utrede om offentlige og eventuelt private sykehus bør gi erstatning til pasienter som kjøper dyre, private helsetjenester som følge av manglende informasjon om muligheten for behandling gjennom offentlig finansierte ordninger. Komiteen mener at den offentlige helsetjenesten må bli bedre på å informere om de rettigheter som pasienter og brukere har, og forutsetter at regjeringen legger til rette for dette, slik også statsråden gjør rede for i sitt svarbrev. Komiteen viser til at statsråden i sitt brev presiserer at det ligger en informasjonsplikt om fritt behandlingsvalg hos den offentlige spesialisthelsetjenesten, og at informasjon om dette skal være med i svarbrev til pasienter etter at henvisning er vurdert. Komiteen støtter dette, men vil i tillegg understreke at det også er svært viktig at fastlegene informerer pasientene om valgmulighetene som finnes i det offentlig finansierte helsetilbudet. Komiteen merker seg at det i brevet fra statsråden også slås fast at det i avtalene mellom de regionale helseforetakene og private institusjoner inngår at private tilbud ikke skal være til fortrenghet for offentlige tjenester som er omfattet av avtalen, og at pasienter skal informeres skriftlig før helsehjelp dersom tjenesten ikke dekkes av oppdragsgiver. Komiteen støtter dette. Komiteen registrerer at ved mislighold kan de regionale helseforetakene ilagge private institusjoner sanksjoner i medhold av avtalens bestemmelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede om offentlige og eventuelt private sykehus bør gi erstatning til pasienter som kjøper dyre, private helsetjenester som følge av manglende informasjon om muligheten for behandling gjennom offentlig finansierte ordninger.»

Samarbeid med forbrukermyndighetene

Komiteen viser til forslaget i representantforslaget om å be regjeringen innlede et samarbeid med forbrukermyndighetene for å utforme ordninger som sikrer pasientene god informasjon om muligheter, begrensninger og alternativer ved eventuelle kjøp av private helsetjenester, forsikringer og lignende. Komiteen merker seg statsrådets svar, der det vises til at Forbrukertilsynet og Forbrukerrådet er offentlig finansierte, men står fritt til å prioritere sin ressursinnsats. Komiteen viser til at statsråden mener det er viktig å videreutvikle helsetjenestens informasjon til pasienter og brukere samt å promotere de etablerte løsningene som finnes. Eksempler er Helfos pasientformidling, regionale brukerutvalg, pasient- og brukerombud og den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no. Komiteen støtter dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innlede et samarbeid med forbrukermyndighetene for å utforme ordninger som sikrer pasientene god informasjon om muligheter, begrensninger og alternativer ved eventuelle egne kjøp av private helsetjenester, forsikringer og lignende.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen om senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2019 å fremlegge en oversikt over omfanget av potensiell rolleblanding både hos ansatte i den offentlige helsetjenesten og hos private aktører som enten har avtale med det offentlige eller en godkjent tilbyder gjennom fritt behandlingsvalg. Dette gjelder spesielt ansettelsesforhold, eierandel eller styreverv i konkurrerende virksomhet.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for at avtaler mellom de offentlige, regionale helseforetakene og private tilbydere er utformet slik at det ikke finnes økonomisk incentiv for de private aktørene til å la fullt betalende pasienter gå foran offentlig finansierte pasienter. Som hovedregel bør avtaler inngås slik at den private aktø-

ren i avtaleperioden fullt og helt prioriterer de offentlig finansierte pasientene. Ved godkjenning av tilbydere under fritt behandlingsvalg må samme føringer ligge til grunn.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling, til de samme pasientene, som den avdelingen vedkommende er ansatt i i det offentlige, tilbyr. Samtidig bør det i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene legges til rette for at man utnytter arbeidskapasiteten ved offentlige sykehus bedre i de tilfellene der nøkkelpersonell ønsker å arbeide mer enn dagens organisering tillater.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen utrede om offentlige og eventuelt private sykehus bør gi erstatning til pasienter som kjøper dyre, private helsetjenester som følge av manglende informasjon om muligheten for behandling gjennom offentlig finansierte ordninger.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen innlede et samarbeid med forbrukermyndighetene for å utforme ordninger

som sikrer pasientene god informasjon om muligheter, begrensninger og alternativer ved eventuelle egne kjøp av private helsetjenester, forsikringer og lignende.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har bierverv i privat praksis som retter seg inn mot samme fagområde.

Komiteens tilråding

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

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rå Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:134 S (2017–2018) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland om å unngå rolleblanding i helsetjenesten – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 19. april 2018

Olaug V. Bollestad

leder

Kjersti Toppe

ordfører

VEDLEGG**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 9. mars 2018****Dokument 8:134 S (2017-2018) - Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland om å unngå rolleblanding i helse-tjenesten**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen av 13. februar 2018, vedlagt dokument 8:134 S (2017-2018). Helse- og omsorgskomiteen ber om min uttalelse til representantforslaget fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Samtidig kan bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester bidra til bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Fritt behandlingsvalg og pasient- og brukerrettighetsloven legger til rette for dette. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er redusert med 13 dager fra 2. tertial 2013 til 2. tertial 2017.

Regjeringen ønsker ikke en utvikling mot en todelt helsetjeneste, der noen selv betaler for helsehjelpen fordi de opplever at den offentlige helsetjenesten ikke leverer raskt nok. En slik utvikling kan over tid undergrave oppslutningen om den offentlige helsetjenesten. Det vi kritiserte den forrige regjeringen for, var at vi så økende helsekøer og ventetider, samtidig som ledig kapasitet ikke ble forsøkt utnyttet, og kun var tilgjengelig om man betalte selv eller hadde forsikring. Derfor har denne regjeringen innført fritt behandlingsvalg. Reformen gir mer valgfrihet til pasientene, reduserte ventetider og stimulerer de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Vi gir pasientene rett til å velge behandling hos godkjente private aktører for det offentliges regning. Det fører til mindre ulikhet.

Fritt behandlingsvalg skal stimulere den offentlige helsetjenesten til å bli mer effektiv, og skal ikke undergrave de offentlige sykehusene. For å kunne møte økt konkurranse fra private, har de offentlige sykehusene fått frihet til å behandle flere pasienter enn budsjettert, så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering. Fram til og med 2014 fastsatte staten et tak for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle.

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2018 bedt om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, tjenestetilbudet og i kvalitet. De regionale helseforetakene har hatt en positiv utvikling når det gjelder reduserte ventetider og det arbeides med å redusere uberettiget variasjon innenfor ulike fagområder. Det er etablert et samarbeid mellom helseregionene og Helsedirektoratet for å identifisere aktuelle fagområder og å utvikle indikatorer og prosedyrer for å følge arbeidet med effektivitet og kapasitetsutnyttelse i sykehusene. Videre har alle helseforetakene de seneste årene etablert systemer for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Her kobles bemanningsplanene opp mot aktiviteten for å øke effektiviteten og skape større forutsigbarhet for både sykehusdriften/kapasitetsutnyttelsen og for pasientene.

Mer bruk av private vil kreve en større årvåkenhet i forhold til de ansattes bierverv og de prinsipielle hensyn dette berører. De regionale helseforetakene og sykehusene har arbeidet med denne problemstillingen i flere år. Jeg vil fortsatt følge opp dette i dialogen med de regionale helseforetakene.

Jeg er selvfølgelig enig med representantene i at medarbeiderne i offentlige sykehus ikke skal misbruke sin stilling til gjennom bierverv å berike seg på det offentlige eller på pasientenes bekostning. Enhver arbeidsgiver, også sykehusene, må forvente at arbeidstakere etterlever den grunnleggende lojalitetsplikten som gjelder i alle arbeidsforhold. Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 19 plikt til på eget tiltak å varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser m.v. Arbeidsgiver kan i tillegg kreve at helsepersonell? med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l. I helsepersonelloven § 9, med tilhørende forskrift, er det gitt detaljerte regler om at helsepersonell på egne eller andres vegne ikke må motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte. Også lovens § 6 kan være relevant her, idet helsepersonell etter denne bestemmelsen skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Jeg vil videre peke på at forvaltningslovens kapittel 2, som omhandler krav til ansattes habilitet, også gjelder for sykehusene (jf. helseforetakslovens § 5). Dette innebærer at medarbeidere ikke må opptre slik at det

kan reises noen tvil om de i sitt arbeid ved sykehuset tjener andre interesser enn sykehusets egne.

Det er som representantene er godt kjent med, også etablert retningslinjer og rapporteringsrutiner for medarbeidere i spesialisthelsetjenesten. Her fremkommer det at medarbeideren ikke skal ta arbeid/oppdrag eller ha bierverv som er i strid med retningslinjene som er etablert. Det er et lederansvar å følge opp dette. Medarbeideren på sin side har også en lojalitetsplikt gjennom det etablerte arbeidsforholdet for å sørge for at arbeidsgivers målsettinger lykkes på dette området.

Det er etablert prosedyrer for personellbehandling som skal følges dersom det viser seg at arbeidstakere har brutt retningslinjene som er etablert om begrensninger i adgangen til å ha bierverv. Brudd på retningslinjer og annen regulering kan få konsekvenser for arbeidsforholdet.

Forslagsstillerne Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Siv Henriette Jacobsen, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland viser til Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv (Dokument 3:2 (2017-2018) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016). Hovedfunnene i denne undersøkelsen er oppsummert som (1) at ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv, (2) at systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad, og (3) at de regionale helseforetakene ikke har hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter.

Jeg har i mitt svar av 15. november 2017 til Riksrevisjonen vist til at undersøkelsen peker på konkrete mangler og svakheter som departementet vil følge opp overfor de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser at det fremdeles er behov for å tydeliggjøre de krav som ligger i helseforetakenes retningslinjer. I tillegg må informasjon om retningslinjer og registreringsrutiner gjøres til et fast tema i dialogen mellom ledernivåene i helseforetakene, og i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene. Undersøkelsen viser også at det er variasjon i hvordan det enkelte helseforetak og ulike avdelinger etterlever kravene om rapportering. Jeg understreket derfor viktigheten av at helseforetakene samarbeider om nødvendig forbedringsarbeid, og at de lærer av hverandre.

Departementet har etablert en dialog med de regionale helseforetakene for å avklare et eventuelt behov for tydeliggjøring av helsepersonelloven og tilhørende bestemmelser.

Jeg har også fulgt opp Riksrevisjonens undersøkelse i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar i år. Her viste jeg til Riksrevisjonens påpeking av at ansatte og ledere i helseforetakene i for liten grad rapporterer om bierverv, og at systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv brukes i for liten

grad. De regionale helseforetakene ble bedt om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn og anbefalinger.

Spesialisthelsetjenestens oppfølging av rutiner for bierverv m.m. som det vises til i protokollen fra foretaksmøtet i de regionale helseforetakene i januar 2013.

De regionale helseforetakene har, som representantene viser til, utviklet og implementert retningslinjer og systemer for enhetlig rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Dette er et viktig fundament for tillit til spesialisthelsetjenesten. Det er, som nevnt ovenfor, etablert tilhørende personalprosedyrer som skal følges dersom sykehuset mener konkrete bierverv strider mot de begrensninger som er fastsatt i adgangen til å ha bierverv.

Jeg er opptatt av at de retningslinjer og rapporteringsrutiner som sykehusene som arbeidsgivere har utviklet på dette området, skal følges. Som nevnt har helsepersonell etter helsepersonellovens § 19 på nærmere vilkår plikt til på eget tiltak å varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser m.v. som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. Bestemmelsen er også ment å styrke helsepersonells medvirkning til å bygge opp om habilitet, lojalitet og ikke minst trygghet i møte med pasienter og pårørende. Det skal aldri være tvil om at helsepersonell har en særlig aktsomhetsplikt som skal hindre at det kan stilles tvil om at pasientens behov går foran egne interesser. I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene i januar 2013 ble det stilt krav om at eventuelle brudd på sykehusenes retningslinjer, helseforetakslovens orienteringsplikt om bierverv, forvaltningslovens habilitetsregler m.v., blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte av det enkelte sykehus som arbeidsgiver.

I foretaksmøtet ble det også stilt krav om at de samme prinsippene skulle tas inn i rammeavtalene med private leverandører av spesialisthelsetjenester, og at de regionale helseforetakene skulle rapportere fra dette arbeidet i årlig melding.

I årlig melding for 2013 har alle de regionale helseforetakene rapportert fra deres arbeid med å følge opp rutiner for bierverv. Alle har utviklet felles regionale veiledningsdokument til støtte for ledere og medarbeidere, og det er utviklet registrerings- og rapporteringsrutiner for bierverv knyttet til de elektroniske personalsystemene i helseforetakene. Alle helseforetak rapporterer til eget styre på dette arbeidet.

Forslagsstillerne viser til at Riksrevisjonen påpeker at de regionale helseforetakene har omtalt bierverv i årlig melding for 2013, men at ingen har rapportert tilsvarende i påfølgende år. Videre vises det til at bierverv i liten grad er omtalt i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene i perioden 2014-2016, med noen unntak i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Dette skyldes nok i hovedsak at rutine-

ne for rapportering på krav i foretaksmøtene kun legger opp til rapportering til eier for det aktuelle året kravet er stilt. Styringssystemet er imidlertid slik at kravene i foretaksmøtene gjelder frem til de eventuelt blir endret. Det enkelte helseforetak har et selvstendig ansvar for at krav etablert i foretaksmøter, oppdragsdokumentene, lov og retningslinjer knyttet til bierverv etterleves gjennom interne oppfølgingsrutiner. Manglende rapportering i årlig melding innebærer derfor ikke et avvik fra disse kravene.

Oversikt over potensielle rolleblandinger hos ansatte i den offentlige spesialisthelsetjenesten og hos private aktører med avtale med det offentlige.

Alle medarbeidere i sykehusene skal registrere sine eventuelle bierverv i personalsystemene. Som tidligere nevnt er det utviklet felles regionalt veiledningsdokument til støtte for ledere og for medarbeidere, og det er utviklet registrerings- og rapporteringsløsninger for bierverv knyttet til de elektroniske personalsystemene i alle sykehusene. Dette innebærer at sykehusene som arbeidsgivere skal ha oversikt over bierverv fordelt på yrke, kjønn, alder, spesialisering, stillingsstørrelse m.v. Et viktig fundament for dette er medarbeideres medvirkning til på forhånd å avklare om bierverv, engasjement og lignende er i strid med fastsatte retningslinjer før de eventuelt tar ansettelse eller utfører oppdrag for annen oppdragsgiver.

Retningslinjer og rutiner for håndtering av bierverv er tatt inn i sykehusenes elektroniske personalhåndbøker/kvalitetssystemer. Det vises til disse ved standardformuleringer i arbeidsavtalene. Bierverv er også tema ved ansettelsesintervju og ved medarbeider-/utviklingssamtaler. Helsepersonell som har arbeidsforhold som kan komme i konflikt med kravene til ny stilling skal opplyse om og eventuelt avvike disse på eget tiltak.

I avtalene som de regionale helseforetakene har med private aktører, er de private aktørene i henhold til anbud pålagt å legge frem oversikt over alle sentrale medarbeidere på aktuelle fagområder. Det skal spesifiseres om disse medarbeiderne har flere ansettelsesforhold, samt hvilke firma og virksomhet/foretak det gjelder. Ansvar for å gi nærmere opplysninger ligger avtalefestet hos de private aktørene. Jeg forutsetter at de regionale helseforetakene sørger for at sykehusene får nødvendige opplysninger om bierverv deres medarbeidere måtte ha hos avtaleleverandørene. Sykehusene har ansvar for at opplysningene fra de private aktørene sammenholdes med sykehusenes egen registrering av bierverv.

Når det gjelder avtalespesialister, så inngår spørsmål knyttet til habilitet og bierverv som en del av de intervjuer som gjennomføres med spesialistene ved inngåelse av nye avtaler. Dersom det fremkommer at spesi-

alist ønsker å beholde eller ta en ny stilling ved et sykehus, må vedkommende avklare alle konsekvenser av dette mot kravene som stilles til den aktuelle avtalespesialisthjemmelen. De regionale helseforetakene skal på selvstendig grunnlag tildele slik hjemmel. Medarbeideren må derfor selv avklare om det gis anledning til redusert stilling eller om det er innenfor en forsvarlig løsning å ha full stilling i foretaket i tillegg til en delt avtalehjemmel. Departementet er kjent med at det settes klare krav fra sykehusene om at en eventuell godkjent mindre avtalehjemmel ikke skal påvirke sykehusenes mulighet for god arbeidsplanlegging. Dette følger også av § 6.3 i rammeavtalene inngått mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeförening, og mellom de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening.

Det rapporteres av og til om enkelthendelser hvor private aktører med avtale med de regionale helseforetakene, spesielt innen radiologi, opptrer på en måte som kan være uforenlig med inngåtte avtaler. Disse sakene dreier seg hovedsakelig om markedsføring av privatfinansierte MR-undersøkelser til offentlig henviste pasienter. De inngåtte radiologiavtalene med de regionale helseforetakene har uten unntak inntatt bestemmelser om at det ikke er anledning til markedsføring av privatfinansierte tilbud til offentlig henviste pasienter. De regionale helseforetakene følger opp, etter hva jeg har fått opplyst, alle rapporterte enkelthendelser.

Avtaler mellom de regionale helseforetakene og private tilbydere om forholdet til privat finansierte helsetjenester.

De private aktørene blir betalt per behandlet pasient/antall pasienter/døgn innen en avtalt økonomisk ramme. De private aktørene kan selge restkapasitet, men det skal da fremkomme at dette ikke inngår i det offentlige finansierte tilbudet (avtalen) og at pasienten selv må betale.

Private leverandører har ansvar for at deres private tilbud ikke er til fortrenghet for offentlige tjenester som er omfattet av avtalene med de regionale helseforetakene. Leverandøren skal ikke på eget initiativ drive aktiv og direkte markedsføring av sitt private tilbud når de er i kontakt med pasienter som er henvist til leverandøren i henhold til avtale med det offentlige. Dette gjelder også for godkjente leverandører i fritt behandlingsvalgordningen. Henviste pasienter skal videre informeres skriftlig før helsehjelp dersom tjenesten ikke dekkes av oppdragsgiver. Leverandør har dessuten ansvar for at tilbud til privat- eller forsikringsbetalende pasienter ikke kommer i konflikt med tjenester som er omfattet av avtalen. Ved mislighold kan de regionale helseforetakene ilegge private aktører sanksjoner etter avtalens bestemmelser om dette.

Det er ikke i noen av avtalene lagt begrensninger på avtalepartenes mulighet til å inngå avtaler med andre

offentlige eller private organisasjoner, eller på å behandle pasienter som selv finansierer behandlingen. Man har imidlertid lagt stor vekt på å sikre at leveransene oppfyller alle kravene i avtalen, både til kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet. For eksempel er det nedfelt i radiologiavtalene at leverandøren kan motta selvbetalende pasienter, men at leverandørens private tilbud (selvfinansierte undersøkelser) ikke skal gå foran eller på bekostning av de tjenestene som er omfattet av avtale inngått med de regionale helseforetakene. Leverandøren kan yte tilleggstjenester som finansieres av pasienten når dette ikke går på bekostning av tilbud regulert i avtalen. Det er videre lagt stor vekt på at den private leverandøren skal gi korrekt informasjon til pasienter eller andre som henvender seg til dem, og at man har en markedsføring som ikke villeder pasienten.

Informasjonsplikt.

I avtalene mellom de regionale helseforetakene og private institusjoner inngår som nevnt at private tilbud ikke skal være til fortrenghet for offentlige tjenester som er omfattet av avtalen. Videre skal pasienter som er henvist, informeres skriftlig før helsehjelp dersom tjenesten ikke dekkes av oppdragsgiver. Ved mislighold kan de regionale helseforetakene ilegge private institusjoner sanksjoner i medhold av avtalens bestemmelser.

De regionale helseforetakene har videre stilt krav om informasjon til pasientene i sine avtaler med private institusjoner og avtalespesialister. Dersom leverandør på grunn av kapasitetsproblemer ikke vil kunne behandle en pasient innen forsvarlig tid, skal pasienten opplyses om dette samt retten til Fritt behandlingsvalg og HELFO pasientformidler. Private institusjoner skal også være oppdatert på ventetider hos andre sykehus, og skal yte informasjonsservice overfor pasientene.

Det ligger en informasjonsplikt blant annet om Fritt behandlingsvalg hos den offentlige spesialisthelsetjenesten, og det skal være informasjon om dette allerede i svarbrevene til pasientene etter at henvisning er vurdert. Det er utarbeidet en mal for svarbrevet som sykehusene bruker for å sikre god informasjon om dette. Informasjonen omtaler både retten til å anke på eventuell konklusjon på vurderingen av henvisningen, Fritt behandlingsvalg og HELFO pasientformidler. Departementet følger opp dette med de regionale helseforetakene.

Jeg mener at den offentlige helsetjenesten må bli flinkere til å informere om de rettigheter pasientene og brukerne har, blant annet om retten til Fritt behandlingsvalg. Videre mener jeg at en bør søke å videreutvikle avtalene med de private om enhetlig informasjon til pasienter og brukere.

Samarbeid med forbrukermyndighetene.

Forbrukertilsynet (tidligere Forbrukerombudet) er en offentlig tilsynsmyndighet og arbeider først og fremst med å forebygge og stoppe ulovlig markedsføring, urimelige vilkår i kontrakter og andre former for ulovlig handelspraksis rettet mot forbrukere.

Forbrukerrådet er en uavhengig interesseorganisasjon som bistår forbrukerne og påvirker myndigheter og næringsliv i en forbrukervennlig retning. Forbrukerrådet er statlig finansiert, men likevel fristilt politisk fra overordnet departement (Barne- og likestillingsdepartementet) med særskilte fullmakter, eget styre, og egne vedtekter fastsatt ved kongelig resolusjon.

Selv om Forbrukertilsynet og Forbrukerrådet er offentlig finansiert, så står de således fritt til å prioritere sin ressursinnsats.

Fra helsemyndighetenes side er det naturlig å videreutvikle helsetjenestens informasjon til pasienter og brukere, samt å promotere de etablerte løsningene som finnes. Eksempler på dette er HELFO pasientformidling, regionale brukerutvalg, pasient- og brukerombud og den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no, herunder tilgangen til pasientrådgiverne som hjelper pasienter med å ta gode valg.

